

www.nursunity.ml

Module d'enseignement et apprentissage en matière de gériatrie et soins aux personnes âgées

Gériatrie et soins infirmiers
aux personnes âgées

TH : 10 h   TD : 8 heures

Objectifs pédagogiques :

- **<u>Objectifs théoriques</u> :**
  - Expliquer les principaux phénomènes biologiques et cellulaires en rapport avec le vieillissement ;
  - Décrire les conséquences du vieillissement sur :

- Le système immunitaire ;
- Les organes des sens ;
- Les différents appareils.

  - Décrire les symptômes spécifiques aux personnes âgées ;
  - Identifier la place de la personne et les modalités de sa prise en charge dans la société en général et au sein de votre communauté en particulier.

<u>Objectifs pratiques et de communication :</u>

- Etablir un plan de soins pour une personne âgée ;
- Exécuter les soins infirmiers spécifiques à une personne âgée ;
- Assurer le soutien psychologique de la personne âgée ;
- Accompagner la personne âgée en fin de vie.

Schéma du cours

I <u>Physiologie du vieillissement :</u>

- Phénomènes cellulaires et biologiques,
- Modifications :

- Du système immunitaire ;
- Des appareils : cardiovasculaire, respiratoire, urologique et locomoteur ;
- Des organes des sens.

- Autonomie, dépendance et handicaps chez la personne âgée.

2- <u>Symptômes spécifiques et conduites à tenir aux personnes âgées :</u>

- Déshydratation et dénutrition ;
- Troubles de la marche ;
- Troubles sphinctériens ;
- Troubles confusionnels ;
- Syndrome de glissement ;
- Bouleversement des biorythmes ;
- Les écarts grabataires

3- <u>La personne âgée dans la société :</u>

Prise en charge : sociale, familiale et institution d'accueil.

4- **Fiches techniques** :

- Soins spécifiques aux personnes âgées handicapées ;
- Soutien psychologique de la personne âgée ;
- Accompagnement de la personne âgée en fin de vie ;
- Exemple de plan de soins pour une personne âgée dépendante.

SOMMAIRE

Introduction

Ce module d'enseignement et d'apprentissage est destiné aux élèves du premier cycle des IFCS et en particuliers les élèves infirmiers diplômés d'Etat polyvalents. Il s'inscrit parmi les modules 2ème année de leur programme de formation.

Il vise à inculquer et à développer chez les futurs professionnels :

- La connaissance des différentes caractéristiques normales et pathologiques du vieillissement ;
- La capacité de participer à une prise en charge globale de la personne âgée en matière de soins infirmiers curatifs, préventifs et éducatifs ;
- La compétence d'apporter aides et conseils aux familles des personnes âgées souffrantes.

Ce module comprend les quatre unités suivantes :

- Unité 1 : Démographie et place de la personne âgée au Maroc ;
- Unité 2 : Physiologie et pathologie du vieillissement ;
- Unité 3 : Syndromes confusionnels, syndromes démentiels et états dépressifs du sujet âgé ;
- Unité 4 : Accompagnement et communication du malade âgé en fin de vie ;
- Unité 5 : Travail interdisciplinaire.

Le contenu de ce document a été validé par une équipe regroupant des cadres de la Division de la Formation et des enseignants des IFCS qui assurent l'enseignement du module ''gériatrie et soins infirmiers aux personnes âgées''.

L'enseignement /apprentissage de ce module nécessite chez les élèves, un pré-requis suffisant en matière de psychologie, de la communication, de pathologie et soins infirmiers, ainsi qu'une expérience en matière de prise en charge des personnes malades et de planification des soins acquise au cours des différents stages effectués en 1ère et 2ème année de formation.

De ce fait, il est recommandé qu'il soit programmé au 3ème trimestre de la 2ème année de formation.

Les principes de base des soins infirmiers

en gériatrie et aux personnes âgées :

Les personnes âgées sont très vulnérables. En matière de santé en plus des modifications physiologiques, elles peuvent présenter des perturbations d'ordre psychologique associées le plus souvent à une multi-pathologie se caractérisant par des atteintes organiques variées.

A cet effet, pour assurer une meilleure prise en charge en matière de soins infirmiers à ces personnes, les professionnels de santé doivent viser les principes de base annoncés ci-après :

- Adopter, pour chaque personne âgée, une approche globale, individuelle et multi dimensionnelle, en tenant compte de ses propres caractéristiques physiologiques, psychologiques et pathologiques ;

- Préserver/renforcer l'autonomie, de la personne âgée, par des actions d'aide et d'éducation ;

- Impliquer la famille de la personne âgée, présentant une anomalie ou une pathologie ou un handicap, à participer activement dans les soins que nécessite son état de santé ;

- Considérer l'histoire personnelle (psychologie, sociologie, environnement et culture) ainsi que le potentiel de chaque personne âgée lors de toute action de soins préventifs, curatifs ou éducatifs ;

- Dispenser des soins infirmiers, aux personnes âgées avec égards en respectant leurs croyances et en préservant leur limite et leur tranquillité.

Unité I : Démographie et place

De la personne âgée au Maroc

Démographie et place de la personne âgée au Maroc

- Les objectifs d'apprentissage :

- Décrire les aspects démographiques des personnes âgées au Ma roc ;
- Commenter l'évolution de la proportion des personnes âgées au Maroc ;
- Décrire la place des personnes âgées dans la société et la famille marocaine ;
- Identifier les déterminants favorisants la prise en charge de la personne âgée marocaine en matière de soins.

I- Aspects démographiques :

.1. Dans le monde :

Depuis les deux derniers siècles, l'espérance de vie a progressé à une vitesse exceptionnelle dans tous les pays du monde. Cette situation a conduit sur le plan démographique, tous les pays à vivre le phénomène de la transition démographique qui se caractérise par le passage d'un régime de fécondité élevée associé avec un régime de mortalité élevée à un régime de fécondité faible à une mortalité faible.

Dors et déjà, au niveau des pays très développés, les conséquences de ce phénomène se traduisent par la chute de la mortalité et l'allongement de la durée de vie.

Ce virage démographique a provoqué le vieillissement des populations de ces pays. A titre d'exemple, en France : un français sur six a plus de 60 ans.

Cependant, les implications du vieillissement démographique dans n'importe quel pays, sont de deux ordres :

- **Sur le plan social :**
  - L'héritage tardif du patrimoine par la descendance ;
  - La coexistence de plusieurs générations.
- **Sur le plan sanitaire :**
  - La complexité de la prise en charge des personnes âgées malades ;
  - La difficulté de la prévention et de la restauration des handicapés chez les sujets âgés ;

- La nécessité des systèmes de santé et des professionnels de santé de se doter respectivement de moyens et de compétences nécessaires leur permettant de répondre convenablement aux besoins des personnes âgées en matière de soins préventifs, curatifs et éducatifs.

2. Au Maroc :

L'analyse des indicateurs nationaux, présentés dans les tableaux ci-après, indique que la population marocaine n'échappe pas au phénomène du vieillissement.

.2.1. Evolution de l'indice synthétique de la fécondité :

Année	IND.F
1988	5,2
1997	3,1

2.2. Evolution de la structure d'âge de moins de 15 ans :

Année	Pourcentage par rapport à la population totale
1971	45,9%
1984	37%
2014	25,1%

2.3. Evolution de la tranche d'âge des personnes âgées de 60 ans et plus :

-

Année	Pourcentage par rapport à la population totale
1994	7,1%
2000	7,3%
2014	7,8%
2020	9,3%

.2.4. Quelques principales causes de décès des personnes âgées de plus de 60 ans :

Causes/ affections ou maladies	Pourcentage des décès
Maladies cardiovasculaires	40%
Cancers	13%
Diabète	11%
Maladies respiratoires	7%
Tuberculose pulmonaire	3%
Causes diverses	26%

II- Place de la personne âgée au Maroc :

1. Les conditions de vie de la personne âgée :

La personne âgée au Maroc continue à être le symbole de la sagesse et à jouir du respect au sein de la famille. Cette situation malgré qu'elle soit fortement encouragée par la religion et le droit musulman, elle a tendance actuellement à se modifier progressivement vers le délaissement du sujet âgé. Cependant, les conditions de vie de la personne âgée dans notre société, sont tributaires à l'interférence de plusieurs facteurs qui sont entre autres :

- Le milieu urbain ou rural où vit la personne âgée : d'après les données démographiques présentées dans le tableau suivant, la population âgée marocaine a tendance de vivre de plus en plus en ville.

Evolution de la population âgée de plus de 60 ans vivant dans les villes :

Année	% des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en ville/population totale âgée de 60 ans et plus
2000	54%
2007	61%
2014	68%

- Les conditions du logement de la famille ;
- Le revenu de la personne âgée et de sa famille ;
- Les lieux de travail des enfants par rapport au domicile familial ;
- La situation matrimoniale de la personne âgée. Ce facteur est plus déterminant dans le mode de vie de la personne âgée. La présence d'un conjoint, son âge et son état de santé constituent les éléments les plus importants pour lui maintenir les conditions normales et nécessaires pour une vie descente.

2. **Rôle de la famille marocaine vis-à-vis de la personne âgée** :

Au Maroc, la famille demeure toujours la source d'aide principale de la personne âgée, surtout celle présentant un déficit au niveau de l'un de ses besoins fondamentaux.

Selon la culture marocaine, l'aide apportée aux personnes âgées est diversifiée. Sa nature est fortement liée au sexe de l'aidant. Les femmes s'impliquent davantage dans les soins personnels et les tâches domestiques concernant la personne âgée (toilette, lessive, habillage, repas) ; par contre les hommes s'investissent dans les tâches ayant un rapport avec le transport les courses, l'aide financière etc.

Unité II : Physiologie et pathologie du vieillissement

Physiologie et pathologie du vieillissement
Les objectifs d'apprentissage :

- Définir le vieillissement normal et ses effets ;
- Définir les termes : gériatrie, gérontologie, autonomie, dépendance et évaluation gériatrique ;
- Déterminer l'approche de l'évaluation gérontologique ;
- Identifier les troubles liés au vieillissement chez la personne âgée ;
- Adopter une approche globale dans la prise en charge d'une personne âgée ;
- Assurer l'information, l'éducation et la communication pour la famille d'une personne âgée.

I- Le vieillissement :

Le processus du vieillissement est complexe et multifactoriel. Les progrès de la recherche ont permis de reconnaître le rôle important des facteurs génétiques, des altérations du fonctionnement cellulaire ou des systèmes de protection contre l'oxygénation ou encore le rôle des modifications du métabolisme des protéines.

1.1. Définitions :

1.1.1. Vieillissement :

Il correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr.

Il s'agit d'un processus plus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations pathologiques.

Selon le dictionnaire Larousse : « Le vieillissement est l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort ». Ce qui signifie que l'action du temps entraîne un ensemble de conséquences défavorables, irréversibles sur les êtres vivants conduisant ces derniers à la mort.

Les études actuelles permettent d'affirmer que les phénomènes du vieillissement débutent dès la fin de la croissance et ne retiennent que deux phases : croissance et décroissance.

Deux notions sont à connaître :

- **La sénescence :** qui définit le vieillissement normal, physiologique au cours de l'existence de l'individu.
- **La sénilité :** qui identifie la détérioration physique et intellectuelle chez un vieillard.

1.1.2. Vieillesse :

La vieillesse connaît plusieurs définitions. L'OMS retient le critère d'âge de **65 ans** et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55-60 ans!

1.1.3. Gériatrie :

La gériatrie est la discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées malades (Le petit Larousse 2000).

1.1.3. Gérontologie :

La gérontologie est la science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects : biomédical, socio-économique, culturel, démographique etc.

2. Vieillissement biologique :

Le vieillissement peut être considéré comme un processus irréversible qui débute ou s'accélère lorsque l'organisme atteint sa maturité.

Le vieillissement est caractérisé par une défaillance de la capacité de préserver l'homéostasie (réserves fonctionnelles) sous des conditions de stress biologiques, ce qui accroît la vulnérabilité de l'individu et limite sa viabilité.

Le vieillissement est conditionné par le temps et implique le processus de détérioration.

Le vieillissement est inévitable et tous les êtres vivants ont une longévité déterminée.

L'amélioration des conditions d'hygiène et soins de la santé a accru de façon importante l'espérance de vie.

2.1. Phénomènes biologiques généraux :

Schématiquement, ils sont au nombre de deux dès l'âge de 25 ans :

- **La diminution de la masse métabolique** où masse maigre ou masse protoplasmique active de l'organisme alors que la masse grasse augmente.
- **L'augmentation de la masse du tissu conjonctif** qui se modifie structurellement. Il s'agit de la matrice intercellulaire.

Il faut rappeler que le tissu conjonctif est composé de fibroblastes qui diminuent avec l'âge et de protéines fibreuses.

- Les fibres collagènes dont le nombre et la rigidité augmentent avec l'âge.
- Les fibres élastiques dont le nombre et la souplesse diminuent pour se fragmenter et se raréfier avec l'âge.

2..2. Effets du vieillissement sur l'organisme :

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles 'stress, effort, maladies aigues).

2.2.1 Effets du vieillissement sur les métabolismes :

La composition corporelle de l'organisme se modifie au cours du vieillissement. On constate une réduction de la masse maigre (en

particulier chez le sujet sédentaire) et une majoration proportionnelle de la masse grasse (en particulier viscérale).

Les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées sont sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique.

Le métabolisme des glucides est modifié au cours de l'avance en l'âge.

D'une façon générale, les tests biologiques d'exploration dynamique s'avèrent fréquemment perturbés en raison de la réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations de stress.

2.2.2 Effets du vieillissement sur le système nerveux :

De nombreuses modifications neuro- pathologiques et neurobiologiques du système nerveux central ont été décrites au cours du vieillissement, parmi lesquelles : la diminution des neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurones transmetteurs intra-cérébraux (en particulier acétylcholine).

Les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par le vieillissement.

Le vieillissement s'accompagne d'une réduction et d'une destruction du sommeil (diminution de sécrétion de mélatonine).

La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif rend compte en partie de la diminution de la sensation de la soif.

2.2.3 Effets du vieillissement sur les organes des sens :

Le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près.

L'opacification progressive du cristallin débute à un âge plus tardif (cataracte).

Le vieillissement de la l'appareil cochléo-vestibulaire s'accompagne d'une perte progressive de l'audition (presbyacousie).

Les données concernant les modifications du goût et/ou de l'olfaction sont plus controversées.

2.2.4 Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire :

La diminution de la compliance respiratoire thoracique et la réduction du volume des muscles respiratoires rendent compte de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement.

2.2.5 Effets du vieillissement sur l'appareil digestif :

le vieillissement s'accompagne de modifications de l'appareil bucco-dentaire, une diminution du flux salivaire, une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques et d'une hypochlorhydrie gastrique.

Par ailleurs, le temps de transit intestinal est ralenti chez le sujet âgé par diminution du péristaltisme.

2.2.6 Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur :

Le vieillissement du muscle squelettique se traduit au plan histologique par une diminution de la densité en fibres musculaires, au plan anatomique que par une réduction de la masse musculaire et au plan fonctionnel par une diminution de la force musculaire.

Le vieillissement osseux se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse.

2.2.7 Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire :

Il se produit une perte du nombre de néphrons fonctionnels induisant une réduction de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein.

Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent progressivement avec l'avance en âge.

2.2.8 Effets du vieillissement sur les organes sexuels :

Chez la femme, la ménopause s'accompagne de l'arrêt de la sécrétion ovarienne d'œstrogènes, de la disparition des cycles menstruels de l'involution de l'utérus et des glandes mammaires.

Chez l'homme, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone.

Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du volume de la prostate.

Le retentissement du vieillissement sur la fonction sexuelle est variable d'un individu à l'autre.

2.2.9 Effets du vieillissement sur la peau et les phanères :

Le vieillissement cutané intrinsèque est caractérisé par une altération du tissu élastique, un épaississement fibreux du derme, un aplanissement de la jonction dermo-épidermique et une diminution du nombre de mélanocytes.

L'activité des glandes sébacées et sudoripares diminue, contribuant à une certaine sécheresse de la peau.

2.2.10 Effets du vieillissement sur le système immunitaire :

La réponse immunitaire humorale est globalement préservée chez la personne âgée.

En revanche, les réponses immunitaires à médiation cellulaire sont diminuées, notamment celles impliquant les lymphocytes T.

2. 3. Théories du vieillissement :

Peu de scientifiques croient de nos jours que le phénotype âgé est le résultat d'un processus unique et primaire.

Un certain nombre de théories explique ce phénomène, mais on peut généralement les regrouper en deux types : les théories non génétiques et les théories génétiques.

2.3.1. Approches nouvelles pour l'étude du vieillissement :

Les nouvelles approches du développement en biologie cellulaire, en biologie moléculaire et la technologie de l'ADN recombinant ont ouvert des voies nouvelles à la recherche gérontologique, ce qui permet d'améliorer notre compréhension de la biologie et de la physiologie du vieillissement. Les principales études sont les suivantes : études des facteurs de croissance cellulaire, étude détaillée des changements physiologiques survenant avec l'âge, étude des gènes de longévité.

2.3.2. Impact clinique du processus de vieillissement :

Il semble y avoir consensus pour dire que le vieillissement est accompagné de changements physiologiques inévitables, ce qui représente le vieillissement normal, et que ces changements peuvent être distingués de l'effet des maladies dont la prévalence augmente avec l'âge.

III- Psychologie et sociologie du vieillissement :

1. Modifications psychologiques :

L'approche de la vieillesse peut développer des troubles caractéristiques, variables en fonction du sujet.

Le sujet âgé n'est pas une personne qui perd automatiquement tous ses moyens et n'ayant de ce fait, aucune possibilité d'adaptation. En général, il a bien conservé en lui le savoir qu'il a pu acquérir au cours de sa vie.

La difficulté naît de la nouveauté. Car si ses acquis sont solidement ancrés, sa capacité à s'adapter à de nouvelles données l'est par contre beaucoup moins, c'est la raison pour laquelle l'habitude chez le sujet âgé constitue une référence et un besoin.

2. <u>Modifications sociales :</u>

L'équilibre social se modifie de façon plus ou moins progressive chez la personne âgée. Il est important de préciser que dans notre société, « le patriarche », a autant d'influence que par le passé. Les nouvelles conceptions sociologiques, causées par l'évolution socio-économique, font que le pouvoir de la famille a tendance à être détenu par la personne active, qui permet aux siens de vivre à ses revenus.

Le vieillard risque dans l'avenir de ne plus être considéré comme celui qui détient le savoir, la sagesse, et les connaissances, il est parfois mis à l'écart.

IV- <u>Autonomie, dépendance et évaluation gériatrique ou gérontologique :</u>

.1. <u>Définitions :</u>

1.1. <u>Autonomie :</u>

L'autonomie se définit par la capacité à se gouverner soi-même. C'est la capacité à faire des choix et en assurer les risques encourus. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir, de choisir, d'agir librement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. Lorsque les capacités intellectuelles d'une personne âgée sont altérées, les soins qui lui sont dispensés doivent lui être expliqués. La volonté de la personne ou ses choix doit primer sur ceux de ses proches. Lorsque la situation est complexe et difficile, le respect de l'autonomie impose un dialogue centré sur les souhaits de la personne âgée.

1.2. <u>Perte d'autonomie :</u>

La perte d'autonomie constitue un des modes de présentation les plus fréquents des maladies chez la personne âgée.

Ce syndrome clinique est le prototype même de la maladie du vieillard.

Syndromes peu spécifiques, évolution insidieuse, atteinte concomitante des sphères physiques, psychiques, sociales et fonctionnelles.

La perte d'autonomie a recours à de nombreux diagnostics et est souvent réversible, une fois la cause identifiée.

- Sur le plan physique on retrouve des symptômes en termes vagues décrits par les proches : fatigue, asthénie, faiblesse, anorexie, perte de poids, chute, incontinence.
- Sur le plan psychique le malade présente un manque d'initiative, une diminution de l'attention, une perte d'intérêt et de motivation, des troubles de comportement.
- Sur le plan social on note d'abord un isolement progressif avec un abandon des activités sociales habituelles. Des négligences, l'entretien de la maison n'est plus fait puis l'hygiène personnelle prend le relais.

Peu à peu les proches s'épuisent, ce qui provoque des crises familiales.

- **Sur le plan fonctionnel :**
    - L'autonomie fonctionnelle décline progressivement. Le déclin aboutit à l'alitement du malade avec les complications qui lui sont associées.
    - L'autonomie repose sur un juste équilibre entre l'incapacité fonctionnelle du sujet âgé et les ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à cette incapacité.

1.3. Dépendance :

La dépendance se définit comme étant une impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Afin de distinguer les différents niveaux de retentissement de la maladie, les travaux de Wood ont été repris par l'OMS pour l'analyse fonctionnelle des maladies.

L'analyse distingue la déficience, l'incapacité et le handicap :

- La déficience correspond à une anomalie d'un organe, d'un appareil, d'un système.
- L'incapacité représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en terme de fonction.
- Le handicap est le désavantage résultant de l'incapacité.

Par exemple, une diminution de la force de préhension d'une main est une déficience.

Elle peut entraîner une incapacité telle l'impossibilité de couper les aliments pendant un repas.

Si cette incapacité impose la présence d'une personne à chaque repas, elle est source de handicap.

1.4. Les causes de la dépendance :

Toutes les maladies peuvent être des causes de survenue ou d'aggravation de la dépendance : démences, accidents vasculaires cérébraux, rhumatismes etc.

La dépendance résulte de l'interaction de plusieurs facteurs : maladies psychiques, physiques, familiaux, environnementaux etc.

L'hospitalisation peut être un facteur de dépendance lorsque la personne âgée est prise en charge par un service dont la mission est de proposer des soins uniquement sans une évaluation médico-sociale.

.1.5. Les conséquences de la dépendance sur la personne âgée :

La dépendance retentit sur la vie quotidienne de la personne âgée. La situation des besoins de cette dernière impose la présence des proches.

Les gestes de la vie quotidienne ne sont plus possibles qu'avec l'aide d'une tierce personne :

- La dépendance influence la vie affective d'une personne âgée.
- La personne âgée devenue dépendante de son entourage réactive des modes de relation anciens voire infantiles.

En fonction des personnalités, le besoin d'aide est vécu comme pénible ou au contraire l'occasion de « bénéfices secondaires » :

- La personne âgée modifie le regard de l'entourage :
  - Les enfants peuvent occuper une place de type parental vis-à-vis de leurs propres parents.
  - Le surinvestissement des enfants est issu d'une culpabilité non fondée, d'un souci de bien faire.

- La place des personnes âgées est parfois difficile à trouver par les enfants, les soignants peuvent aider les enfants à condition de conserver une réserve de principe, sans chercher à modifier la structure de la relation que des enfants peuvent entretenir avec leurs propres parents.

2. Evaluation gériatrique :

.2.1. Définition :

L'évaluation donne les moyens d'analyse et de mesure d'une situation complexe.

L'évaluation gériatrique appelée aussi évaluation gérontologique est une évaluation globale visant à dresser un bilan des modifications médicales et psychosociales des personnes âgées, ainsi que de leurs incapacités fonctionnelles.

Le but de cette évaluation est de diagnostiquer les problèmes de santé et les dysfonctionnements pour améliorer ou préserver les capacités fonctionnelles du patient, ainsi que de réduire un recours injustifié aux soins.

2.2. Evaluation du malade âgé :

L'évaluation du malade âgé doit être globale.Elle doit comprendre les aspects physiques, psychiques et sociaux. Les interrelations de ces trois aspects sont multiples chez le vieillard, tant dans la genèse des maladies que dans les effets du traitement.

L'évaluation gériatrique est multidimensionnelle pour la saisie systématisée des problèmes et des ressources médicaux, fonctionnels et

psychosociaux du patient âgé afin d'établir un plan complet pour le traitement et la prise en charge ultérieurs. Les cinq données de l'évaluation gériatrique sont :

- **<u>Données biomédicales :</u>**
  - Diagnostics médicaux (basés sur l'interrogatoire, l'examen clinique, les examens complémentaires) avec leur état de gravité.
  - Etat nutritionnel (basé sur le poids, l'index de masse = poids/taille, évolution du poids, état nutritionnel, apports alimentaires, examens de laboratoire).
  - Médicaments : durée, doses, prises, stockage.
  - Fonctions sensorielles : parole, audition, vision.
  - Hospitalisations, visites chez le médecin, autres services médicaux et paramédicaux.
- **<u>Données psychologiques :</u>**
  - Fonctions cognitives : appréciation des dimensions de mémoire, d'orientation, de vigilance, de communication, de capacités de vision spatiale, de l'adresse manuelle.
  - Fonctions psychiques : dépistage d'une dépression, d'une paranoïa, d'hallucinations et des capacités de faire face.
- **<u>Données sociales :</u>**
  - Données biographiques (formation, profession exercée, situation familiale, veuvage, changement d'habitation, situation économique).
  - Soutien social (aides utilisées et potentiellement mobilisables en cas de maladie, formelles ou informelles).
  - Tissu social : aspect quantitatif et qualitatif des relations sociales.
  - Evaluation de l'environnement : logement, accès à celui-ci, voisinage.
  - Planification du futur.
- **<u>Données fonctionnelles :</u>**
  - Activités de base de la vie quotidienne : soins personnels.
  - Activités instrumentales de la vie quotidienne : activités au sein du ménage.
  - Activités évoluées sur le plan physique, cognitif et social dans la vie quotidienne : activités de loisir et professionnelles.
  - Marche et équilibre, voir aussi évaluation du risque de chute.
- **<u>Evaluation de l'échelle de valeurs, des ressources :</u>**
  - Echelle personnelle de valeurs du patient.
  - Attitude vis-à-vis du traitement médical, volonté du patient.

- Pronostic subjectif (retour à domicile, compréhension de la maladie).

Une fois l'évaluation complétée, une liste des problèmes du malade doit être élaborée.

Des priorités sont établies en tenant compte de l'urgence et de la gravité des problèmes.

Un plan d'action sera alors défini. Le suivi du malade et la mise à jour des problèmes, assurent les intervenants de l'efficacité des moyens mis en œuvre pour venir en aide à la personne âgée.

2.3. <u>Outils d'évaluation gériatrique :</u>

Les principales qualités recherchées pour un outil d'évaluation sont la validité et la reproductibilité. Un instrument de mesure est valide s'il mesure réellement ce qu'il est censé mesurer. Une grille validée ne doit pas être modifiée, ni panachée avec un autre. Il est nécessaire qu'une grille soit utilisée en respectant les règles de recueil des différentes variables et les consignes d'interprétations des résultats.

Une grille d'évaluation qui évalue la dépendance, ne peut servir qu'à évaluer la dépendance et pas l'autonomie des personnes âgées.

Une des grilles validées est la grille Géronte (voir fiche technique en annexes) cette grille évalue les activités effectuées ou non par la personne âgée seule.

En 1982, une conférence de consensus avec 20 services français utilisant Géronte, détermine la définition de 27 items de Géronte.

Cette échelle évalue l'autonomie avec une graduation à trois degrés : 0 = ne fait pas seul,

1 = fait partiellement seul, 2 = fait seul.

Géronte permet de visualiser les éléments suivants :

- Au niveau du chapeau : les handicapés mentaux.
- Au niveau de la face : les fonctions sensorielles.
- Au niveau du corps : les activités corporelles.
- Au niveau du bras droit : les activités domestiques.
- Au niveau du bras gauche : les activités à l'extérieur.
- Au niveau des membres inférieurs : les activités motrices.

L'expression de l'autonomie Géronte sous la forme d'une silhouette a pour but d'établir un langage véhiculaire.

V- <u>Principaux troubles liés au vieillissement :</u>

.1. <u>Troubles du sommeil :</u>

Des perturbations du cycle veille-sommeil peuvent survenir au cours du vieillissement.

La principale altération que subit le sommeil des personnes âgées se situe plutôt au niveau de la continuité que de l'induction.

.1.1. **Modifications du sommeil électro-physiologiques avec l'âge :**

Le sommeil se compose d'une succession de stades : éveil, endormissement, sommeil, lent profond, sommeil paradoxal.

Parmi les altérations du sommeil imputables au vieillissement, certaines se rencontrent plus fréquemment :

- Diminution de l'efficacité du sommeil.
- Amoindrissement du sommeil lent profond.
- Diminution de la latence au sommeil paradoxal, etc.

1.2. **Insomnie :**

L'insomnie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et chez les plus de 70 ans, cette proportion atteint le double.

Il est possible de déterminer plusieurs types d'insomnies :

- L'insomnie intermittente qui se caractérise par un endormissement facile mais un maintien difficile du sommeil.
- L'insomnie initiale qui se présente comme une difficulté d'endormissement mais sans trouble de maintien du sommeil.
- L'insomnie de fin de nuit qui consiste en des réveils involontaires et prolongés tôt le matin.

Une même personne peut présenter plusieurs de ces formes d'insomnies, de façon concomitante.

1.3. **Causes :**

- Insomnie psychophysiologique (anxiété, deuil) ;
- Facteurs de perturbation (mauvais conditionnement) ;
- Insomnie associée aux médicaments et l'alcool ;
- Utilisation chronique de stimulants, exemple caféine ;
- Sevrage d'un hypnotique, d'un tranquillisant ;
- Nycturie secondaire à un usage inapproprié de diurétiques ;
- Insomnie associée à des douleurs chroniques ou répétées ;
- Douleurs musculo-squelettiques ;
- Syndrome des apnées
- Problèmes respiratoires (dyspnée);
- Problèmes cardiaques (angine nocturne).

1.4. Interventions infirmières :

- **Identifier les facteurs qui déclenchent ou qui perpétuent le problème ;**
- **Repérer les facteurs de la qualité du sommeil : bruit, lumière, température ;**
- **Rechercher les habitudes de vie : l'heure du coucher, heure du coucher et latence au sommeil, fréquence et durée des réveils, heure du lever, siestes diurnes (heures, durée, fréquence, effet) ;**
- **Repérer la somnolence diurne ;**
- **Identifier un système de troubles intrinsèques du sommeil (ronflements, apnées, etc.) ;**
- **Rechercher une douleur.**

.2. Altérations des organes des sens :

La perception d'une personne âgée est fondée sur sa capacité fonctionnelle des sens qui fluent sur le comportement. Le vieillissement modifie les facultés sensorielles.

.2.1. Problème visuel :

2.1.1 Le glaucome est une maladie oculaire la plus grave des sujets âgés, elle risque de rendre la personne complètement aveugle lorsqu'elle n'est pas traitée ;

Un premier symptôme est une perte de vision périphérique. Plus tard, la personne ressent une douleur dans l'œil et voit un halo autour des lumières.

2.1.2 La cataracte est causée par l'opacification et des modifications dégénératrices du cristallin de l'œil:

La transparence du cristallin diminue par la suite de l'apparition d'opacités plus ou moins dense. Le seul traitement connu de la cataracte est l'extraction chirurgicale.

2.1.3 Interventions infirmières :

- **Organiser l'espace personnel en fonction de la perte visuelle ;**
- **Prévoir avec la personne dont la vue est faible la place de ses objets personnels et ne pas les changer de place par la suite ;**
- **Pour les repas, placer les aliments dans le sens des aiguilles d'une montre et avertir la personne âgée de la place de chacun d'eux ;**
- **Guider la personne âgée pendant la marche dans les couloirs ou pour descendre les escaliers ;**

- **Toujours expliquer exactement ce qui va se passer ou les soins qu'on se prépare à dispenser lorsque la personne âgée a la vue faible ;**
- **Toujours frapper à la porte et s'identifier avant de pénétrer dans la chambre, l'aviser lorsqu'on quitte la chambre ;**
- **Dans le cas de gouttes ophtalmiques, instiller le collyre aux heures prescrites et prendre les précautions qui s'imposent en matière d'hygiène ;**
- **Nettoyer les lunettes lorsque la personne âgée ne peut pas le faire.**

.2.2. Problèmes auditifs :

2.2.1 La presbyacousie :

Est de loin la cause la plus fréquente de surdité et correspondant au vieillissement. Généralement, l'individu perçoit bien les sons mais éprouve de la difficulté à les décoder et à les comprendre.

La prothèse peut être d'un certain recours, cependant le sujet âgé doit :

- Etre motivé ;
- Bien comprendre le fonctionnement de l'appareil ;
- Faire des essais sont nécessaires avant l'achat.

2.2.2 Le bouchon de cérumen :

L'accumulation de cire dans le conduit auditif externe est une cause fréquente de surdité surtout lorsqu'elle se surajoute à une presbyacousie. En prévention, il faut aviser les personnes de ne pas utiliser de coton-tige, car ils risquent de pousser la cire vers l'intérieur du canal auditif.

2.2.3 Interventions infirmières :

- **Se placer en face de la personne malentendante en parlant normalement et en utilisant des phrases courtes ;**
- **Avoir recours à des moyens visuels de communication : supports écrits, gestes, liste de mots…**
- **Parler lentement, à hauteur normale de conversation sans crier ;**
- **Faire reformuler pour s'assurer que la personne a bien compris ;**
- **Faire des pauses fréquentes ;**

- **Renforcer la parole par des gestes ;**
- **En cas d'appareillage auditif : nettoyer chaque jour le moulage auriculaire avec de l'eau et du savon et vérifier si le conduit n'est pas bouché ;**
- **Apprendre à la personne âgée l'utilisation de l'appareil ;**
- **Lui conseiller de communiquer avec autrui dans un lieu calme, sans trop de bruits ambiants ;**
- **Informer les membres de l'entourage des différents moyens pour faciliter la communication avec la personne âgée ;**
- **Remplacer les piles de l'appareil auditif avant leur date limite d'utilisation ou en utilisant un testeur.**

3. Troubles de la marche et les chutes :

Le personnel soignant est régulièrement confronté aux chutes et aux difficultés de marche de la personne âgée.

Les troubles sont graves, car ils réduisent l'autonomie, chez ce sujet, avec le risque de grabatisation.

Il est important de dépister et de déterminer les différents facteurs intervenant dans les troubles de la marche chez toute personne âgée.

3.1 Chutes est ses causes :

La stabilité se définit comme un équilibre, stable, mobile, soumis à une régulation constante. Elle nécessite une bonne perception et une bonne intégration des informations provenant du système vestibulaire, proprioceptif et oculaire.

L'étiologie de la chute est en règle poly-factorielle. Pour l'OMS, on distingue :

-Les facteurs endogènes.
-Les facteurs exogènes.

***Les facteurs endogènes :**

Les facteurs pathologiques :

-Cardiovasculaires (hypotension) ;
-Neurologiques.

Les facteurs liés au vieillissement :

-Déficit sensoriel ;
-Troubles neurologiques ;
- Détérioration mentale ;
-Troubles psychiques ;
-Faiblesse musculaire ;
- Incapacité d'origine rhumatologique.

***Les facteurs exogènes :**

-Liés à l'habitat et l'environnement ;

-Iatrogènes : provoqués par l'intolérance aux médicaments.

3.2 Troubles de la marche :

La marche est le mode de déplacement physiologique de l'homme, lui permettant de se déplacer d'un lieu à un autre.

Les anomalies de la démarche diminuent la vitesse de la marche, avec risque de chute, du sujet âgé. Les étiologies de ces marches pathologiques sont classées comme suit :

- **Les affections neurologiques :**
    - Hémiplégie : marche avec fauchage du membre inférieur ;
    - Etat lacunaire : marche très lente, à petits pas, pieds collés au sol ;
    - Syndromes extrapyramidaux : petits pas, perte du ballant des bras, cyphose, piétinement devant l'obstacle ;
    - Démence sénile de type Alzheimer etc.
- **Les affections ostéo-articulaires :**
    - Rhumatismes dégénératifs ;
    - Rhumatismes inflammatoires ;
    - Séquelles de chirurgie ou traumatisme etc.

- **Les régressions psychomotrices et syndrome post-chute :**

Le syndrome post-chute en est un cas particulier dans lequel la phobie de la chute se trouve au premier plan.

3.3 Rééducation fonctionnelle des troubles de la marche :

L'objectif de la rééducation est de restaurer, avec ou sans canne, une marche de qualité efficace, permettant au patient de retrouver ses activités en toute sécurité.

La progression classique dans la rééducation de la marche se fait :

- Entre les barres parallèles ;
- Avec un déambulateur ;
- Avec une aide humaine ;
- Avec une ou deux cannes ;
- Sans aide ;
- Marche en terrain accidenté.

3.4 Interventions infirmières :

-Mettre le patient en confiance, le rassurer ;
-Mettre à sa disposition les aides techniques requises ;
-Aider le patient en fonction des recommandations et des conseils du kinésithérapeute ;
-Pour la prévention des chutes : veiller à supprimer les obstacles, à maintenir un éclairage suffisant à l'adaptation des chaussures et des vêtements.

.4. Troubles nutritionnels :

La nutrition apparaît comme l'un des déterminants d'une vieillesse réussie et performante alimentaires ou des besoins complètement différents.
La sénescence peut influer sur le statut nutritionnel en créant un terrain propice à la malnutrition.
Le vieillissement lui-même n'est pas une cause de dénutrition, c'est la survenue de la maladie et de modifications de l'environnement qui favorise la dénutrition.

4.1 Effets de la sénescence sur la nutrition :

- **Modifications de composition corporelle :**

Les mesures de la composition corporelle montrent une diminution de la masse maigre, de l'eau extra et intracellulaire ainsi qu'une élévation de la masse grasse.
La diminution de la masse maigre est favorisée par une réduction de l'activité physique et participe à une diminution des capacités fonctionnelles, donc à la perte d'autonomie.

- **Modifications des fonctions digestives :**

La phase buccale de la digestion est souvent moins bonne, en raison d'une fréquente sécheresse de la bouche associée à l'évolution des glandes salivaires d'une part, aux traitements psychotropes ou atropiniques d'autre part, et à la déshydratation fréquente chez le sujet âgé ;
La sécheresse buccale aggrave l'altération du goût. Quant au problème de dents, les dents infectées, cariées, douloureuses sont souvent plus gênantes que l'absence de dents ;
Le tube digestif, s'il est susceptible de présenter une diminution des nutriments, reste efficace en l'absence de véritables situations pathologiques puisqu'il a une capacité d'absorption supérieure aux besoins.

- **Modifications métaboliques :**

La diminution de l'hormone de croissance participe au vieillissement. Cette hormone est indispensable au maintien du métabolisme protidique, au renouvellement des tissus osseux et aux diverses réparations tissulaires. L'assurance d'un apport nutritionnel suffisant, qualitativement, quotidiennement, pourrait permettre de compenser en partie cette diminution.

Par ailleurs, la réduction progressive du capital osseux est étroitement liée aux apports alimentaires de calcium et de vitamine D.

4.2 Besoins nutritionnels de la personne âgée :

Les apports conseillés doivent être personnalisés en fonction des sujets âgés, de leur environnement, des ressources disponibles et du comportement individuel.

4.2.1 Besoins énergétiques :

Les besoins énergétiques sont définis comme l'apport énergétique nécessaire pour équilibrer la dépense énergétique qui permet au sujet de maintenir l'activité physique et une bonne santé au long terme.

Un sujet de plus de 65 ans, en bonne santé, a des besoins énergétiques équivalents à ceux d'un adulte plus jeune dont l'activité physique serait équivalente.

La diminution des besoins énergétiques avec l'âge est en fait celle du sujet très âgé qui n'a plus d'autre activité que le déplacement lit-fauteuil.

Conseils diététiques :

- Tenir compte de l'activité physique, du goût de la personne âgée ;
- Faire prendre trois repas principaux : petit déjeuner, déjeuner et dîner, ainsi qu'une collation l'après midi ou un goûter ;
- Chaque repas apportera un laitage, pour l'apport en calcium ;
- Le pain, les céréales, fruits frais et crudités doivent être présents tous les jours ;
- Un plat de viande une fois par jour, des œufs 3 à 4 fois par semaine, du poisson 2 à 3 fois par semaine.

4.2.2 Besoins en nutriments :

Ils sont estimés à 2000 kcals par jour pour l'homme et 1800 kcals pour la femme. Un apport inférieur à 1500 kcals par jour est responsable de déficits en micronutriments.

4.3 Evaluation de l'état nutritionnel :

-Elle repose sur l'interrogatoire, le bilan clinique et les marqueurs biologiques.

-L'interrogatoire permet de faire une évaluation des ingesta, par une enquête alimentaire.

-La diminution des apports est un signe précédant l'apparition clinique des maladies et la malnutrition qui en découle.

-Le bilan clinique comporte un examen clinique, une évaluation de l'appétit et la recherche de facteurs modifiant l'alimentation : troubles de la déglutition, état dentaire etc.

4.4 Dénutrition :

La dénutrition protéino-érgétique résulte d'un déséquilibre entre les apports en calories et les protides d'une part, et les sorties d'autre part (dépenses énergétiques liées à l'activité physique, le métabolisme de base et les états d'hyper-métabolisme).

La dénutrition peut être secondaire à plusieurs facteurs :

-Une augmentation des besoins lors des situations d'hyper métabolisme : la fièvre, les opérations, les traumatismes…

-Une augmentation des pertes : maladies digestives qui entraînent une malabsorption ou une atteinte cutanée (escarres) ;

-Un apport alimentaire insuffisant : la situation économique, l'isolement peuvent entraîner un comportement alimentaire inadapté. La dépendance, peut limiter l'apport alimentaire du fait de difficultés pour faire ses courses, préparer les repas.

4.5 Déshydratation :

Des modifications physiologiques liées à l'âge rendent compte des différences cliniques et biologiques qui existent entre la déshydratation de l'adulte et celle du vieillard.

La perte de la sensation de soif chez le sujet âgé donne fréquemment un tableau de déshydratation.

*Les circonstances de survenu sont de plusieurs ordres :

- La température extérieure élevée ;
- La fièvre ;
- L'apport en eau insuffisant pour couvrir les besoins journaliers : du à la dépendance physique, ou psychique entraînant une impossibilité de boire ou aux troubles de la déglutition, ou de la peur de l'incontinence.

*Les signes cliniques se caractérisent par une grande fatigue, une sécheresse de la muqueuse buccale, une hypotension, des troubles de la

conscience qui peuvent aller de la simple somnolence à l'agitation inhabituelle, la confusion.

La langue rôtie'' n'est pas un bon signe de déshydratation du vieillard qui respire souvent bouche ouverte et le pli cutané n'est pas non plus spécifique d'une déshydratation chez le grand vieillard.

4.6 Interventions infirmières :

En cas de déshydratation :

- **Assurer des apports hydriques suffisants et adaptés à l'état de santé (fièvre) ou aux conditions environnementales ;**
- **Surveillance régulière du poids chez les malades âgés à risque ;**
- **Reconnaître précocement l'installation d'une déshydratation : perte de poids, oligurie, diminution des apports hydriques ;**
- **Encourager la personne âgée à prendre les apports en eau mais aussi l'alimentation qui apportent de l'eau.**

En cas de dénutrition :

- **Aider la personne âgée à s'alimenter en cas de dépendance ;**
- **Veiller à favoriser les prises alimentaires par une alimentation variée en tenant compte du goût et des habitudes alimentaires ;**
- **Surveiller le poids en établissant une courbe de pondérale ;**
- **Rechercher systématiquement des signes de dénutrition en cas de dépression, d'infection, d'escarres ;**

Dans le cas d'un malade dénutri, un accompagnement psychologique est parfois nécessaire.

5. Problèmes d'hygiène bucco-dentaire :

Les principaux problèmes bucco-dentaires que l'on retrouve en gériatrie : les caries de racine, les dents mobiles, les fractures dentaires et la néoplasie osseuse.

Les soins de bouche en gériatrie sont d'une grande importance. Ils procurent aux malades une sensation de bien être, ils sont essentiels dans la prévention des infections bucco-dentaires. Le nettoyage des prothèses dentaires doit être quotidien. Le port d'une prothèse dentaire favorise la survenue de gingivite et la colonisation buccale par le candida Albicans.

Les prothèses seront rangées au sec dans une boite individuelle.

Chez les patients qui ont conservé leurs dents, il faut procéder à un brossage des dents après chaque repas avec un dentifrice.

En matière d'hygiène bucco-dentaire, il est à signaler que les sujets âgés ayant des troubles cognitifs sont souvent non coopératifs

6 Les troubles du transit intestinal et sphinctériens :

6.1 La constipation :

La constipation est un problème fréquent chez le sujet âgé.

Elle est une gêne dans la vie de tous les jours et les personnes âgées qui en souffrent ont leur qualité de vie altérée.

La constipation peut être définie par l'émission de moins de 2 selles par semaines et/ou par des selles dures et difficiles à expulser.

La constipation devient souvent un problème chronique.

Plusieurs explications sont possibles :

-Les habitudes prises depuis l'enfance et prolongées tout le long de la vie ;

-L'utilisation prolongée de laxatif ;

-La poly pathologie entraînant un état de dépendance physique

*__Conduite à tenir :__

-Arrêter les médicaments laxatifs irritants ;

-Repérer les périodes propices de mobilité digestive (le matin après le lever, après les repas etc.) ;

-Vérifier que les apports hydriques sont suffisants et que la consommation en fibres est bonne.

6.2 Les diarrhées :

Les diarrhées même banales peuvent exposer les sujets âgés aux risques de déshydratations et aux troubles hydro électrolytiques. Souvent en gériatrie, elles sont de deux ordres :

- **Les fausses diarrhées :**

Devant une diarrhée, il faut rechercher dans un premier temps une fausse diarrhée liée à un fécalome ou faisant suite à un épisode de constipation.

Des lavements évacuateurs, souvent répétés, l'extraction manuelle, la prise de laxatifs, suffiront la plupart du temps à évacuer le fécalome.

Le risque élevé de récidives, incite à une surveillance quotidienne du transit.

- **Les diarrhées médicamenteuses :**

Les diarrhées peuvent être de cause iatrogène : digitaliques, anti-inflammatoires, antibiotiques.

Toute diarrhée survenant au cours ou au décours d'un traitement antibiotique nécessite une coproculture.

6.3 Interventions infirmières :

Constipation :

-Encourager l'activité physique ;
-Veiller à maintenir des apports suffisants en eau et en fibres. Le massage abdominal, l'installation aux toilettes à heures régulières, peuvent contribuer à améliorer le transit intestinal ;
-Signaler au médecin tout trouble intestinal.

Diarrhée :

-Ne pas donner d'anti-diarrhéiques sans prescription médicale ;
-Entreprendre une prévention de la déshydratation ;
-Demander l'intervention d'une diététicienne ;
-Prévenir l'irritation cutanée au niveau des fesses. La diarrhée provoque très souvent une irritation cutanée très désagréable pour la personne âgée.

7. Incontinence urinaire :

L'incontinence urinaire est définie comme la perte involontaire des urines.

7.1 Classification de l'incontinence urinaire :

- L'incontinence par besoin impérieux d'uriner est habituellement secondaire à la présence de contractions vésicales involontaires, on doit penser aux causes vésicales infectieuses ou tumorales et surtout aux causes neurologiques amenant des contractions vésicales involontaires, la maladie de Parkinson ou les accidents vasculaires cérébraux en sont des causes fréquentes.
- L'incontinence d'effort survient lorsque les mécanismes sphinctériens sont affaiblis. Elles surviennent à la toux, lors d'efforts physiques.

- L’incontinence par regorgement survient lorsque le patient est en rétention urinaire chronique, en raison d’un obstacle infra vésical, comme l’hypertrophie prostatique.
- L’incontinence fonctionnelle ne dépend pas de facteurs associés au système urinaire mais plutôt de facteurs tels que le manque de mobilité ou la présence de déficits cognitifs graves.

7.2 Recueil de données :

C’est de la qualité de l’observation, de l’entretien, de la communication que dépend une approche réussie de ce problème bien délicat à aborder.

Le soignant essaie de relever les habitudes mictionnelles.

L’attention se porte sur l’environnement du sujet âgé, sa capacité à se déplacer, le bilan de ses fonctions supérieures, le dépistage d’une infection urinaire, le catalogue mictionnel et le test de continence à l’effort.

L'environnement du patient :

Il faut chercher à lever les obstacles à la réalisation d’une miction involontaire ;

- Réticence du malade à demander de l’aide ;
- Toilettes trop éloignées ;
- Sonnette d’appel éloignée du périmètre du patient ;
- Défaut de rapidité d’intervention des soignants à l’appel ;
- Manque de confort des toilettes (siège trop bas, absence de barre d’appui, manque d’intimité) etc.

La capacité physique du sujet âgé à se déplacer :

Les équipes de soins disposent pour évaluer le besoin de « se mouvoir » des échelles d'autonomie fonctionnelles étudiant les transferts et les déplacements.

Elles évaluent les aptitudes suivantes :

-Soulever les fesses (pour placer le bassin) ;
-S’asseoir dans le lit, puis au bord du lit ;
-Se lever et s’asseoir dans le fauteuil ;
-Aller et venir librement.

Une aide technique (canne déambulateur) peut permettre une autonomie correcte. La rééducation, réadaptation fonctionnelle à la marche du patient si elle est envisagée n’est pas seulement l’affaire du kinésithérapeute, mais bien de toute l’équipe.

Le bilan des fonctions supérieures :

Le Mini mental Statut (voir fiche technique en annexes) ou test de Folstein (MMS) est une aide pour les soignants pour ajuster la prise en charge. Le score du MMS détermine à partir de 30 questions. Il teste les fonctions cognitives, l’orientation dans le temps et dans l’espace, les

capacités du sujet à mémoriser du sujet à mémoriser, la compréhension des directives orales ou écrites.

Pour un sujet avec un score MMS peu altéré on proposera des conseils adaptés **:**

- Répartition des boissons ;
- Effort de retenu volontaire (stop-pip) ;
- Mictions programmées toutes les 2 ou 4 heures etc.

Pour un sujet présentant des troubles de la mémoire on pourra :

- Flécher le parcours toilettes ;
- Le conduire aux toilettes à heures régulières etc.

Dépister une infection urinaire :

La lecture visuelle rapide d'une bandelette réactive trempée dans les urines fraîchement émises ou son analyse par un lecteur électronique est indispensable à la prise en charge de l'incontinence urinaire.

L'infirmier (e) est habiliter à décider et à pratiquer ce dépistage.

Dresser un catalogue mictionnel :

C'est un support de données écrites qui aident à mieux objectiver et quantifier l'importance des troubles urinaires. Il permet d'analyser le fonctionnement viséco-sphictérien à travers un recueil d'informations réalisé par le patient lui-même pour les soignants.

Les éléments à accueillir sont :

-La perception du besoin d'uriner par le sujet âgé ;
-La fréquence des mictions et leur volume ;
-L'efficacité des mictions (contrôlée par un résidu post-mictionnel) ;
-La présence de fuites et leurs circonstances de survenue ;
-Le volume des boissons.

Réaliser un test de continence à l'effort :

Dans certains cas, lorsque l'on se retrouve devant une incontinence urinaire survenant uniquement à l'effort. Il peut être utile de quantifier les fuites en réalisant un test de continence à l'effort. Le patient doit effectuer un certain nombre d'exercices définis, sur une période d'heure le sujet ayant bu 500 ml d'eau 30 minutes avant le début de l'épreuve.

8. Interventions infirmières :

-Rechercher les facteurs liés à l'environnement et/ou au patient qui ont pu favoriser la survenue d'incontinence ;

-Effectuer un catalogue ou calendrier mictionnel en notant l'horaire des mictions et leur volume ainsi que les épisodes d'incontinence ;

-Mettre en œuvre un plan d'actions concerté et programmé et réajuster en fonction des résultats ;

-Ne pas mettre de protection anatomique à un malade dont on ignore ses capacités mictionnelles ;

-Ne pas considérer tout épisode d'incontinence urinaire, survenant notamment lors d'une maladie aigue, comme traduisant une incontinence définitive ;

L'incontinence urinaire n'est pas l'indication à la pose d'une sonde urinaire à demeure.

9. Les troubles cognitifs et les troubles du comportement :

Un des problèmes les plus fréquents chez le sujet âgé atteint d'une affection psychiatrique ou neurologique est la perte progressive du contrôle volontaire des comportements particulièrement chez ceux qui présentent des déficits cognitifs.

9.1 Les troubles cognitifs :

Les troubles cognitifs se définissent comme suit :

- **Les troubles amnésiques :**
  - Amnésie des faits récents, amnésie des souvenirs anciens ;
  - Aphasie : perte des mots, des noms ;
  - Agnosie : impossibilité à reconnaître des objets, des images, des messages par la vision, l'audition, le toucher ;
  - Apraxie et gestualité : difficulté pour s'habiller, difficulté à l'imitation du geste.

- **Les troubles de la conscience :**
  - Désorientation temporelle : l'année, la saison, le mois, le moment de la journée, le jour ou la nuit ;
  - Désorientation spatiale : le pays, la région, la ville, la porte pour sortir, sa chambre son lit etc. ;
  - Désorientation pour les personnes : ne reconnaît pas ses proches ;

▪ **Les troubles de l’efficience intellectuelle :**

Ce sont les troubles du jugement de l’attention et de la concentration, de difficulté à résoudre des problèmes, et à faire face à des situations nouvelles.

9.2 Troubles du comportement :

La majorité des personnes âgées peut présenter plus d’un type de troubles du comportement à la fois (ex : errance, fouille, gestes répétitifs…)

Toutefois, il ne faut pas voir dans ces troubles du comportement une maladie, ou un syndrome, mais plutôt un concept subjectif, polymorphe, exprime sous différentes formes : agitation, agressivité, cris, etc.

Les troubles du comportement reflètent une problématique sous-jacente, ils sont le mode d’expression, une façon de communiquer pour les patients démunis sur le plan cognitif.

La majorité des symptômes comportementaux a des causes multiples et nécessite une modification de l’environnement social et physique ainsi que des soins médicaux et infirmiers.

9.2.1 Les différents troubles rencontrés :

9.2.1.1 Troubles ayant des causes diverses et/ou multiples :

- Comportements agressifs ou injurieux ;
- Agitation sans agressivité ;
- Refus de soins lors des activités de la vie quotidienne (toilette, repas etc.) ;
- Errance et déambulation incessante et sans but ;
- Inversion du rythme nycthéméral ;
- Les accusations verbales ;
- Les menaces ou les exhibitions sexuelles.

9.2.1.2 Les troubles du comportement induits par les médicaments :

Le plus souvent certains médicaments induisent des troubles du comportement en provoquant une altération cognitive, qui peut être : un syndrome délirant ou un état confusionnel moins grave. Les deux autres troubles du comportement les plus rencontrés sont : l’agitation et l’apathie.

- **Agitation :**

Parmi les médicaments qui induisent des changements de comportements nous pouvons citer : les décongestionnements, les broncho-dilatateurs, la théophylline, les antidépresseurs, les opiacés, les benzodiazépines.

- **Apathie :**

Presque toutes les drogues peuvent provoquer une somnolence mais peuvent aussi entraîner de l’apathie sans somnolence

9.3 L’évaluation d’un problème comportemental :

L’évaluation d’un problème comportemental d’un sujet âgé consiste à suivre les étapes suivantes :

* Caractériser le comportement avec précision : dans quelle circonstance il survient, quel jour ? L’apparition du comportement, a-t-elle été progressive ou au contraire subite etc. ;

* Identifier si le comportement parait inadéquat, ex : prend un coin de salle pour un miroir ou le lit d’un autre pour le sien ;

* Passer en revue les antécédents psychiatriques, son passé social, sa personnalité antérieure ;

* Lister les médicaments avec une attention particulière aux changements survenus au moment où les troubles sont apparus et aux médicaments qui peuvent provoquer de l’agitation, de l’apathie et de la confusion

* Rechercher les signes physiques d'états douloureux ou de gêne qui pourrait provoquer l'agitation ou l'agressivité.

9.4 Interventions infirmières :

- Proposer des exercices structurés afin de diminuer les déambulations ;

- Adapter les soins personnels, l'horaire de la toilette, l’approche du corps pour réduire la résistance aux soins, renforcer l’intimité et prendre plus de temps pour affaiblir la réticence aux soins du corps ;

- L’histoire individuelle du sujet âgé est à prendre en compte pour l’aider à comprendre ces troubles ;

- Toucher doucement le patient confus, agité pour l'aider à se calmer ;

- Une attitude agacée, voire agressive de la part des soignants ou de l'entourage ne fait qu'aggraver l'anxiété et le stress du patient ;

- Proposer des activités de chant ou des activités d'évocation des souvenirs afin de réduire les discours répétitifs ;

- Utiliser les photographies et autres symboles personnels sur la porte des patients pour éviter qu'ils entrent dans la chambre d'un autre par erreur ;

- Prendre en charge l'inversion du jour et de la nuit en inondant de lumière l'espace habituel du patient le matin, en s'assurant que le patient ne se couche pas souvent dans la journée ;

- Prendre en charge l'incontinence des patients déments en les amenant souvent aux toilettes et à horaires fixes ;

- La résistance à se laisser assister lors des soins corporels peut venir d'un désir compréhensible du patient de protéger son intimité et son corps contre l'intrusion d'une personne dont les motivations lui échappent ;

-La contention physique des malades agités ne fait qu'accroître l'agitation. Il faut savoir respecter certains comportements, comme la déambulation. Pour calmer un malade agité, il est conseillé d'adopter une attitude calme et bienveillante. Parler doucement, veiller à ce que l'éclairage soit doux et l'ambiance sonore calme.

Les soignants doivent approcher le malade âgé doucement avec des paroles rassurantes et expliquer leurs intentions avec simplicité en utilisant des repères habituels.

10. Syndrome d'immobilisation :

L'immobilisation est un état auquel aboutissent de nombreuses affections du vieillard. Elle a souvent des conséquences désastreuses et constitue toujours une menace à la santé du sujet âgé.

10.1 Causes :

Plusieurs affections peuvent engager un syndrome d'immobilisation :

- Les maladies invalidantes chroniques ;
- Les affections aigues ;
- La dépression.

10.2 Signes cliniques :

Les signes cliniques du syndrome d'immobilisation sont multiples et touchent la plupart des organes et systèmes :

Manifestations cardiovasculaires :

L'alitement a des conséquences importantes sur le système cardiovasculaire, en altérant les mécanismes de régulation de la pression artérielle, en affectant l'efficacité de travail cardiaque et en favorisant la survenue de thrombophlébites.

Manifestations digestives :

L'immobilisation affecte l'ingestion de nourriture et l'excrétion des résidus de la digestion mettant aussi le malade en risque de malnutrition et de constipation.

Manifestations urinaires :

La position de décubitus favorise la stase urinaire, ainsi que l'efficacité de la miction.

La composition de l'urine se modifie lors de l'immobilisation.

De plus, le sujet âgé immobilisé présente souvent une incontinence urinaire. La prévention de ces conséquences exige une attention particulière du personnel infirmier à l'hydratation et à l'excrétion, ex : détection précoce d'un fécalome, d'une infection urinaire, etc.

Manifestations locomotrices :

L'immobilité entrave considérablement le fonctionnement du système locomoteur par ses effets au niveau des os (ostéoporose), des muscles (amyotrophie) des articles (contractures et du contrôle neurologique de la locomotion.

Manifestations métaboliques :

On observe rapidement, chez le sujet immobile, une diminution du métabolisme de base avec une accélération du catabolisme.

La balance azotée devient négative, avec fuites des protéines, ce qui favorise l'apparition de plaies de pression (escarres) et retarde leur guérison. Une perte de poids s'ensuit et aboutit à un état cachectique. La déshydratation est fréquente et découle d'une transpiration excessive et d'une diminution des apports hydriques.

Manifestations psychologiques :

L'immobilisation constitue un stress psychologique par la blessure narcissique et les changements de l'image de soi qu'elle entraîne.

Une réaction dépressive accompagne souvent l'immobilisation.

Des réactions émotionnelles sont possibles : apathie, colère, mutisme, agressivité etc.

Le tableau suivant, présente d'une manière synthétique les complications, les conséquences, les traitements et les éléments de prévention du système d'immobilisation.

Tableau synthétique du syndrome d'immobilisation

Complications	Conséquences	Traitements	Préven
Cardiovasculaires : - Stase, - Oedèmes, - Hypotension orthostatique.	Phlébite, embolie pulmonaire. Malaises, chutes.	Anticoagulants. Médicaments, bandes à varices.	- Surél - Mas lever Progres
Infectieuses : - Pulmonaires. - Urinaires. - Cutanées.	- Encombrement. - Fièvre. - Décompensation cardiaque. - Septicémie. - Déshydratation.	- Antibiothérapie. - Aérosolthérapie. - Kinésithérapie respiratoire. - Réhydratation.	- Positi - Alim - Hygi - Pas d
Cutanées : Escarres	- Douleurs. - Surinfections. - Décès.	- Antalgiques. - Soins locaux.	- Mass hygièn - Char - Nutri - Hydr - Mate
Osseuses : - Ostéoporose. - Fractures. - Tassement vertébral.	- Impotence fonctionnelle. - Douleurs.	- Positionnement. - Antalgiques. - Traitement Orthopédique.	- lit. - fauteu - alimen

Digestives : - Troubles de déglutition. - Reflux gastro-oesophagien. - Fécalome.	- Fausses routes. - Pneumopathie d'inhalation. - Syndrome occlusif.	- Antibiothérapie. - Antireflux. - Evacuation digitale. - Lavement.	- Posit - Alim - Hydr - Laxa
Musculo-tendineuses : - Amyotrophie. - Raccourcissement. - Rétraction. - Ankylose.	- Attitudes vicieuses et douloureuses.	- Kinésithérapie. - Dépliage chirurgical. - Ergothérapie.	- - - -
Nerveuses : - Compression nerveuse	- Paralysies.	- Kinésithérapie intensive.	- Posit - Cous - Maté
Urinaires : - Rétention. - Incontinence	- Insuffisance rénale. - Pyélonéphrite. - Escarres. -Attente narcissique	- Sonde post-mictionnelle - Evacuation de fécalome. - Exploration de la prostate. - Bilan urodynamique. - Médicaments selon la cause.	- Surv - Passa ou mis sur les - Pas c systém
Psychiques : - Syndrome dépressif. - Etats régressifs. - Anxiété, angoisse. - Syndrome confusionnel.	- Dévalorisation. - Atteinte narcissique. - Attitude opposante. - Demande de maternage.	- Prise en charge psychologique. - Antidépresseurs. - Traitement de la cause.	-Rassu - Reval - Tenir restante - Stimu quotidi

- **Interventions infirmières :**

Le malade immobilisé a besoin d’un soutien émotionnel adéquat du personnel soignant. La collaboration de la famille est précieuse. Le malade a besoin d’être motivé et stimulé à retrouver son autonomie.
Pendant la période d’immobilisation on doit assurer une stimulation sensorielle constante à ces malades, en évitant de les isoler, en rappelant les repères spatio-temporels (date, jour, lieu).

1.1 Syndrome de glissement :

Le syndrome de glissement est un concept d’origine européenne. Le malade âgé, souvent atteint de maladies multiples, renonce à vivre, à la suite d’un stress physique ou psychologique.

Il devient apathique. Il se désintéresse de son entourage, mange peu, se déshydrate, perd du poids et évolue vers un état confusionnel ; ou bien, il reste au lit et refuse de s’alimenter. L’évolution de son état peut être rapide et mortelle en l’absence de traitement approprié.

Cependant, il ne faut pas confondre un état dépressif (syndrome de glissement) et un glissement naturel vers une mort inévitable.

1.1.1 Les causes :

Les causes les plus fréquentes qui déclenchent des syndromes de glissement chez le sujet âgé, sont le plus souvent d’origine infectieuse.

1.1.2 Mesures préventives :

La prévention du syndrome de glissement porte sur les points suivants :

- La prévention des maladies infectieuses et leur traitement précoce.
- La prévention des infections nosocomiales.
- Le maintien du transit intestinal (prévention de la constipation et de la déshydratation).
- La lutte contre l’isolement.
- Porter attention au refus alimentaire et rechercher sa signification.

Unité III :

Syndrome confusionnel, Syndromes démentiels et états dépressifs du sujet âgé :

Syndrome confusionnel, syndromes démentiels et états dépressifs du sujet âgé

I- <u>Les objectifs d'apprentissage :</u>

- Définir et décrire les syndromes suivants :
  - Confusionnel ;
  - Démentiels ;
  - Dépressifs.
- Identifier, chez une personne âgée, les manifestations des états confusionnels, démentiels et dépressifs.
- Assurer le rôle infirmier devant une personne âgée présentant l'un des troubles du comportement les plus courants (agressivité, déambulation, agitation, refus de soins, surtout ceux concernant l'aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ).

<u>Introduction</u>

La pathologie du sujet âgé se caractérise par une multimorbidité (cardiovasculaire, respiratoire, rénale, gastro-intestinale…). En plus, elle peut être associée à des atteintes d'ordre psychiatrique qui se manifestent le plus souvent sous forme de syndrome confusionnel, syndromes démentiels et état dépressif.

L'infirmier doit tenir compte au moment de la prise en charge, de toutes les personnes âgées de ces éléments.

I- <u>Syndrome confusionnel :</u>

Le syndrome confusionnel, appelé aussi delirium, est défini comme étant une dysfonction temporaire et réversible du fonctionnement métabolique cérébral, et dont les manifestations essentielles sont une détérioration de la capacité d'attention aux stimulus externes et de la capacité d'organiser sa pensée.

.1. Causes :

On peut concevoir le delirium comme la résultante, sur le fonctionnement cérébral, de l'interaction de facteurs prédisposant, de facteurs précipitants et aux situations confusogènes.

.1.1. Les facteurs prédisposants :

- La perte neuronale liée au grand âge.
- Une diminution du flux sanguin.
- Une lésion cérébrale augmente la vulnérabilité du cerveau à diverses agressions (ex : les démences, accidents vasculaires cérébraux).
- L'abus d'alcool.
- L'attente des organes des sens.
- Hypoxie.
- Les thérapeutiques médicamenteuses.

1.2. Les facteurs précitants :

Chez les sujets âgés, les causes les plus fréquentes sont l'insuffisance cardiaque, les états infectieux, les troubles métaboliques, les déséquilibres hydro électrolytiques.

.1.3. Situation confusogène :

- Changement brutal dans la vie : deuil, déménagement etc.
- Une hospitalisation en urgence associée à un réveil d'anesthésie ou nuit à l'hôpital ou le fait d'être attaché constitue un facteur aggravant.
- L'effet du stress ou d'un vécu de désespérance : ex : une chute à domicile sans recours envisageable dans un laps de temps prévisible.
- Toutes les hospitalisations du fait de l'angoisse de mort qui s'y associe.

.2. Manifestations :

- La manifestation clinique se caractérise par l'installation rapide (quelques heures à quelques jours) d'un état dans lequel la vigilance et la capacité à enregistrer l'information nouvelle sont perturbées. Cette détérioration de la vigilance est aussi responsable de difficultés d'orientation spatiale et temporelle.

- Les opérations mentales usuelles, comme l'attention, l'orientation, la mémoire, l'imagination, le raisonnement et le jugement se trouvent perturbés ; et deux points sont capitaux :
  - Le sujet est perplexe essaye de sortir de son état confusionnel et répète des phrases comme « je ne sais pas… ».
  - Le sujet présente un délire onirique (imaginaire fantastique).
- L'activité motrice peut être diminuée.
- Le patient peut avoir des hallucinations visuelles.
- Il peut y avoir des périodes d'agitations et des périodes de somnolence.

.3. Interventions infirmières :

- Faire porter les prothèses auditives, lunettes pour corriger la perception sensorielle du malade ;
- Permettre une surveillance accrue en disposant d'une chambre près du poste de soins ;
- Faciliter la présence constante de l'entourage pour éviter le recours à la contention physique ;
- Veiller à une bonne hydratation ;
- Faciliter les déplacements et les transferts pour prévenir l'incontinence ;
- L'accompagner dans sa vie quotidienne en lui donnant des repères sur le temps et l'espace ;
- Mettre à disposition une horloge, un calendrier, des objets familiers qui contribuent à réorienter la personne âgée ;
- L'aider dan l'accomplissement des gestes habituels et lui proposer des activités occupationnelles ;
- Disposer d'une lumière douce la nuit pour diminuer l'intensité d'illusions ou d'hallucinations menaçantes ;
- Veiller aux prises de médicaments prescrits (neuroleptiques) et surveiller son état de vigilance et lui éviter le risque de chutes au lever.

II- Syndromes démentiels :

Les syndromes démentiels surviennent le plus souvent chez les sujets âgés de 70 à 80 ans et entraînent une détérioration plus ou moins importante des fonctions intellectuelles, mémoire, orientation, jugement, langage.
Ils se caractérisent par une perturbation des conduites sociales et évoluent souvent vers un mode irréversible.

Ces maladies sont très éprouvantes pour le malade mais aussi pour ses proches. Une aggravation progressive s'installe sur plusieurs années et conduit à une perte complète de l'autonomie et au décès par diminution ou complications du décubitus.
La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente des syndromes démentiels (40 à 60 %).

1. Signes cliniques :

1.1. Troubles cognitifs :

- Les troubles de mémoire ;
- Les troubles de l'orientation temporo-spatiale (sont précoces dans la maladie d'Alzheimer) ;
- Les troubles du langage se manifestent par une aphasie (manque de mots, élocution difficile) avec paraphrasée et écholalie (répétition des mots) ;
- Les troubles apraxiques (apraxie) perturbent la réalisation des gestes ;
- Les troubles gnostiques entraînent une perturbation de la connaissance visuelle, auditive, olfactive, sans que cela s'explique par une atteinte des organes des sens ex : non reconnaissance des objets usuels, des visages des proches etc. ;
- Les troubles intellectuels se manifestent par des troubles de jugement et de raisonnement avec :
  - Difficultés puis incapacité de calcul (gestion de l'argent impossible…) ;
  - Absence de critique et d'adaptation aux situations de danger (gaz, traversées des rues…).

1.2. Troubles du comportement :

Les plus fréquents sont les suivants :

- Le comportement passif, l'état dépressif ;
- Le comportement d'agitation avec parfois agressivité, opposition ;
- Les comportements automatiques : déambulation, fugues ;
- Les troubles du caractère ;
- L'incontinence sphinctérienne ;
- Les troubles du sommeil avec inversion du rythme veille/sommeil ;
- Les troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie ;
- Les manifestations psychotiques : délires, hallucinations.

1.3. Les manifestations neurologiques :

Dans la maladie d'Alzheimer, elles apparaissent tardivement et concernent en particulier les troubles de la marche.

.2. **Classification des démences :**

2.1. **Les démences primaires dégénératrices :**

2.1.1. **La maladie d'Alzheimer :**

C'est la maladie la plus fréquente dans les syndromes démentiels du sujet âgé. La physiopathologie de cette maladie n'est pas encore élucidée.

C'est une maladie neurodégénérative entraînant progressivement et irréversiblement la perte de la mémoire, des fonctions cognitives et des troubles des fonctions intellectuelles.

Le profil évolutif comporte le plus souvent une notion d'installation insidieuse avec une évolution progressive. La durée moyenne de survie après le diagnostic est d'environ huit ans.

Le traitement spécifique est basé aujourd'hui sur un médicament, l'Aricept commencé à la phase débutante de la maladie.

Ce médicament utilisable par voie orale, a pour effet, d'augmenter la concentration cérébrale en acétylcholine, un neuromédiateur dont la concentration est très diminuée dans le cerveau des malades atteints.

Ce médicament améliore certaines fonctions intellectuelles et cognitives, l'aggravation de la maladie semble beaucoup plus lente.

L'utilisation de ce médicament pose le problème de la tolérance hépatique.

.2.1.2. **Les autres maladies neuro-dégénératives :**

- La maladie de Pick = syndrome frontal.
- La chorée de Huntington survient sur un terrain génétique particulier.
- La maladie de Steele – Richardoon = syndrome extrapyramidal.
- Les démences avec corps de Lewy diffus

2.2. **Les démences secondaires :**

2.2.1. **Les démences vasculaires :**

Elles présentent les formes les plus fréquentes du syndrome démentiel après la maladie d'Alzheimer.

Elles sont consécutives à des lésions cérébrales d'origine vasculaire qui sont multiples et touchent les deux hémisphères cérébraux.

.2.2.2. **Les autres affections neurologiques :**

- Tumeurs cérébrales.

- Hématome sous-dural chronique etc.

.2.3. <u>Les démences mixtes :</u>

La démence mixte la plus souvent rencontrée associée une maladie d'Alzheimer à une démence vasculaire.

3. La prise en charge des malades âgés déments :

3.1. Règles générales :

La prise en charge est difficile, ces maladies dépouillent les personnes atteintes de leurs capacités intellectuelles, de leur personnalité et perdent leur identité. Ces malades s'enferment dans un monde imaginaire, car la confrontation au sentiment de perte de la réalité devient souvent insupportable.

Même, si les syndromes démentiels affectent l'individu et ses capacités à communiquer, les soignants doivent considérer chaque malade comme un « être humain unique, au même titre que les autres patients atteints d'autres maladies ». Il est important d'aborder le malade avec empathie et bienveillance. Une démarche à l'écoute de son histoire, permet la reconstitution de son histoire de vie, collaboration avec la famille.

Cela permet d'identifier les éléments importants du passé individuel et familial.

Les soins ont pour but de préserver la dignité du malade et de maintenir le plus longtemps possible ses acquis.

Ils ont pour but de réduire le stress, de réactiver les souvenirs sensoriels et de les « valider » de soulager la détresse émotionnelle, de comprendre et de gérer les troubles du comportement.

La communication est certainement avec ces malades essentielle. Les soins corporels, la prise en charge de l'incontinence et le suivi nutritionnel sont des éléments très importants.

Les troubles psychoaffectifs et les troubles du comportement sont aussi essentiels à reconnaître et à surveiller.

3.2. Interventions infirmières :

- Repérer et signaler les troubles cognitifs ;
- Etablir une relation de confiance ;
- Repérer les capacités restantes, les valoriser, les stimuler à travers le soin relationnel ;
- Aider, écouter et accompagner l'entourage ;
- En cas d'agitation, adopter une attitude bienveillante et calme ;
- Faire participer la personne âgée, dans la mesure de ses possibilités, pour les soins d'hygiène et d'esthétique ;
- Aider le malade à restaurer une image positive, par la coiffure, les soins de peau, les soins des mains et des pieds ;
- Préserver la continence le plus longtemps possible : faire acquérir le chemin des toilettes ;
- Donner les repères temporo-spatiaux à l'aide de calendrier, d'horloge, de fêtes etc.

III- Les états dépressifs :

La dépression est le diagnostic psychiatrique le plus fréquent posé chez la personne âgée.

En gériatrie, c'est un problème important qui entraîne une souffrance, un isolement social, un taux élevé de suicide, une augmentation de la morbidité et de la mortalité.

La dépression est sous-diagnostiquée et sous-traitée chez le sujet âgé.

L'état dépressif est trop souvent considéré comme une conséquence normale du vieillissement. Pourtant, la plupart des sujets âgés déprimés réagissent favorablement aux traitements antidépresseurs.

La prise en charge des états dépressifs chez le sujet âgé nécessite une approche multidisciplinaire et la prévention du suicide est des principaux objectifs thérapeutiques en psychogériatrie.

1. Causes :

- Les facteurs biologiques (prédisposition génétique, dégèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surénalin, diminution du taux des neurotransmetteurs, déficits sensoriels);
- Les facteurs psychosociaux: la retraite, le décès du conjoint, d'un ami…;
- La dépendance accrue;
- Les facteurs de stress;
- Les pathologies somatiques,

2. Manifestations cliniques:

- Autres manifestations :

Les troubles anxieux, les troubles du caractère, les symptômes somatiques qui sont presque toujours constants:

- Troubles digestifs: anorexie (80 à 90% des cas)
- Troubles du sommeil : insomnie anxieuse à l'endormissement ou des réveils précoces du petit matin.

3. Différentes formes de dépressions

3.1 Dépression majeure:

Chez le sujet âgé, l'humeur dépressive est souvent moins marquée et il en est peu conscient. Il est plutôt anxieux et irritable. Il se plaint de fatigue, de perte d'énergie, de perte d'intérêt ou de plaisir.

Des difficultés d'attention, de concentration ou de mémoire récente sont présentes.

L'évaluation montre une diminution de l'estime de soi, un sentiment d'inutilité.Le sujet âgé exprime une certaine honte de sa dépendance accrue et du sentiment d'être un embarras pour sa famille. Des manifestations comportementales régressives sont occasionnées par un état apathique (négligence de l'hygiène personnelle, incontinence etc.)

3.2 Dépression atypique :

La dépression peut être masquée par de nombreuses plaintes somatiques.

La douleur chronique sans cause précise, la fatigue intense etc.…

3.3 Pseudo démence:

C'est un trouble psychiatrique qui se manifeste par une symptomatologie suggérant une démence.

3.4 Autres manifestations:

Les troubles anxieux, les troubles du caractère, les symptomes somatiques qui sont presque toujours constants :

- Troubles digestifs : anorexie (80 à 90% des cas)
- Troubles du sommeil : insomnie anxieuse à l'endormissement ou des réveils précoces du petit matin.

3. Intervention infirmière:

- Noter dans le dossier de soins et signaler au médecin toute modification de comportement ;
- Surveiller les prises alimentaires, l'état du sommeil, certaines attitudes comme le repli sur soi, l'isolement, la tristesse, l'hypersomnie ou au contraire l'agitation, une agressivité inhabituelle, un refus de soin;
- Etablir une relation de confiance, de qualité avec le malade qui peut prévenir un état dépressif;
- Maintenir la personne âgée avec son environnement: mettre les lunettes, l'appareillage auditif, lorsque les organes des sens sont atteints;
- Favoriser les relations sociales et familiales pour éviter l'isolement.

Risque de suicide :

La dépression du sujet âgé est d'évolution lente, confinant le patient dans une souffrance parfois intense et durable, provoquant progressivement l'épuisement de la famille.
Le risque évolutif majeur reste le passage à l'acte suicidaire.
Le risque évolutif majeur le passage à l'acte suicidaire.
L'infirmièr(e) sera attentive aux propos et au comportement de la personne âgée, en particulier un état d'opposition massive avec mutisme, prostration et refus alimentaire absolu. Tous ces signes doivent être communiqués au médecin pour envisager une nouvelle médication et/ou prise en charge psychologique.

UNITE IV:

La douleur chez la personne âgée et l’accompagnement du malade âgé en fin de vie :

La douleur chez la personne âgée et l’accompagnement du malade âgé en fin de vie

Objectifs d’apprentissage :

- Identifier la douleur chez une personne âgée ;
- Citer les échelles d’évaluation de la douleur ;
- Evaluer la douleur chez une personne âgée par une échelle appropriée ;
- Citer les paliers du traitement de la douleur selon l’OMS ;
- Administrer un traitement antalgique à une personne âgée ;
- Prendre en charge une personne âgée en fin de vie ;
- Aider la famille à prendre en charge et sa personne âgée en fin de vie ;

- Identifier les modes de communication chez la personne âgée malade ;
- Identifier les différentes altérations de la communication ;
- Etablir une relation adaptée avec la personne âgée lors de cette communication.

Introduction :

La fonction principale des soignants dans le domaine des soins palliatifs aux sujets âgés est le soulagement de ces personnes, de la douleur, le maintien de leur confort et leur accompagnement en fin de vie.

Cette fonction implique une évaluation et le traitement des symptômes, une connaissance des différents stades psychologiques vécus habituellement par la personne âgée en fin de vie et ses proches et des moyens de soutien possibles.

Les soignants doivent maîtriser l'approche positive à adopter devant une personne âgée souffrante en fin de vie et apprendre à contrôler leur propre appréhension de la mort pour ne pas la projeter sur les malades et /ou leurs proches.

I- La douleur :

.1. Les types de douleur :

La douleur naît d'une altération de l'humeur qui déclanche des stimuli nociceptifs (qui capte les excitations douloureuses).

La douleur neurogène résulte d'une lésion du système nerveux périphérique ou central. Elle se manifeste par des brûlures avec des paroxysmes parfois fulgurants.(éclatant).

La douleur chronique est fréquente en gériatrie, mais son diagnostic est difficile.

En effet, certaines personnes âgées ont tendance à considérer la douleur comme un phénomène « normal » de la vieillesse ou de la maladie.

D'autres, ne peuvent plus exprimer verbalement leur souffrance, en particulier lorsque la personne âgée est atteinte d'une aphasie ou d'une confusion.

Enfin, certaines personnes âgées manifestent une douleur par des signes comme la mutisme ou le repli sur soi.

L'infirmier (e) a un rôle capital dans l'évaluation de la douleur.

Les soins peuvent provoquer l'apparition d'une douleur qui ne se manifeste pas au repos.

L'équipe soignante doit être vigilante et déceler toute crispation du visage, toute agitation soudaine etc.

.2. **Outils pour évaluer la douleur :**

2.1. Les échelles d'autoévaluation :

Elles nécessitent une participation active de la personne âgée :

- L'EVA (échelle visuelle analogique) est une échelle facile à utiliser.

Le malade évalue sa douleur en déplaçant un curseur entre les deux extrémités d'une réglette représentant l'absence de douleur pour l'une et la plus grande douleur pour l'autre ;

- Les échelles numériques ;
- Les échelles de vocabulaire ou questionnaire de la douleur.

2.2. Les échelles d'hétéro évaluation :

Ces échelles peuvent être utilisées chez des malades ayant des troubles de la communication ou des troubles cognitifs.

La participation des soignants doit être attentive et motivée, car leur observation à l'aide de critères qui montrera l'absence ou la présence de douleur chez le sujet âgé.

L'échelle Doloplus et échelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante (ECPA) sont actuellement utilisées.

- DOLOPLUS :

L'échelle comporte 10 items répartis en 36 sous groupes, proportionnels à la fréquence rencontrée (5 items somatiques, 2 items psychomoteurs, et 3 items psychosociaux).

Chaque item est coté de 0 à 3 (cotation à 4 niveaux).

L'utilisation de cette échelle nécessite une formation et une cotation et si possible en équipe pluridisciplinaire.

Un score supérieur ou égal à 5/30 signe la douleur.

- L'EPCA : comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4.

Chaque niveau représente un degré de douleur croissante et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie donc de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

Les items qui sont identifiés :

- **Observation avant les soins :**

- Expression du visage : regard et mimique ;

- Position spontanée au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) ;
- Mouvements du patient (hors et/ou dans le lit) ;
- Relation à autrui.

- **<u>Observation pendant les soins :</u>**
  - Anticipation anxieuse aux soins ;
  - Réactions pendant la mobilisation ;
  - Réactions pendant les soins des zones douloureuses ;
  - Plaintes exprimées pendant le soin.

Une précaution indispensable, c'est de coter réellement la dimension « observation avant le soin » et non pas de mémoire et une seule personne peut faire cette cotation.

3. Traitement de la douleur :

3.1 Principes généraux :

Les principes généraux du traitement de la douleur sont les mêmes quel que soit l'âge :

- Croire le malade lorsqu'il exprime sa douleur ;
- Préciser les caractères et l'origine de la douleur ;
- Se renseigner sur les traitements déjà reçus et leur efficacité ;
- Apprécier son retentissement sur la vie du malade : influence sur la vie relationnelle, l'alimentation, le sommeil;
- Administrer le traitement à heures fixes et régulières pour éviter la réapparition de la douleur.L'infirmier joue un rôle capital, c'est lui qui donne les médicaments;
- Proscrire les prescriptions " à la demande" en cas de douleur chronique;
- Réévaluer l'efficacité du traitement de façon régulière et adapter les doses ;
- Ne pas réserver la morphine aux douleurs cancéreuses, ni aux situations de fin de vie.

<u>3.2 Les palier du traitement de la douleur :</u>

Selon l'intensité de la douleur sont utilisés progressivement et successivement les produits appartenant aux 1er, 2ème, et 3ème palier décrits par l'O.M.S.

- Le 1er palier correspond au traitement d'intensité légère : paracétamol (Doliprane, Efféralgan),de l'acétylsalicylique (Aspirine) autres anti-inflammatoires non stéroïdien ;

- Le 2ème palier qui correspond au traitement des douleurs d'intensité moyenne. Il s'agit de la codéine ou du dextropropoxygène qui sont associées au paracétamol ex: Efféralgan codéine, Di-Antalvic, des fois on peut associer des antidépresseurs ;

- Le 3ème palier correspond au traitement des douleurs sévères. Il faut privilégier la voie orale en utilisant du chlorhydrate de morphine par voie orale administrée toutes les 4 heures. Elle peut également s'utiliser par voie sous-cutanée. Il existe deux médicaments morphiniques ayant une longue durée d'action et utilisable par voie orale :

* Le Moscontin dont les comprimés ne doivent pas être écrasés pour ne pas perdre leur effet retard;

* Le Skenan dont les gélules peuvent être ouvertes en cas de difficulté d'administration.

4. Interventions infirmières

L'infirmière a un rôle privilégié avec le malade du fait d'une relation intime pendant les soins, en particulier les soins corporels et le temps qui y sont consacrés.

Pour ce faire, il doit:

- Savoir repérer les signes de douleur
- Evaluer l'efficacité du traitement pour permettre à l'équipe médicale d'ajuster les doses d'antalgique
- Soulager les symptômes autres que la douleur comme : l'encombrement et la gêne respiratoire, la sécheresse de la bouche, les nausées, la constipation
- Ecouter, soutenir les proches, mais savoir aussi repérer les situations problématiques
- Coordonner les interventions entre les professionnels.

II- Quelques symptômes pouvant être présentés par une personne âgée en fin de vie :

1. les nausées et vomissements :

En fin de vie, ces deux symptômes sont fréquents et inconfortables.

Certains médicaments agissent sur le péristaltisme comme le Primpéran et le Motilium.

D’autres comme l’Haldol sont des antagonistes de la dopamine et sont efficaces sur les vomissements causés par la morphine.

.2. La constipation :

La constipation, chez le sujet âgé en fin de vie, est induite par l'immobilisation, les médicaments et les changements alimentaires. En cas de constipation, la recherche d'un fécalome est systématique.

Une surveillance journalière du transit intestinal est indispensable.

Des laxatifs par voie orale et/ ou rectale peuvent être utilisés : Duphalac, Microlax, etc.

.3. La dyspnée :

La dyspnée, chez le sujet âgé en fin de vie, se caractérise par une sensation subjective de gêne respiratoire. Elle est souvent liée à l'angoisse. Les causes organiques principales sont l'encombrement bronchique avec bronchospasme et insuffisance cardiaque.

En cas d'encombrement bronchique une kinésithérapie sera entreprise.

Une aspiration bronchique peut être nécessaire en cas d'hypersécrétion bronchique.

L'oxygénothérapie diminue l'effort respiratoire et rassure le sujet âgé malade en fin de vie.

4.L'inconscience et la rétention urinaire :

L'immobilisation au lit et la déshydratation, chez la personne âgée en fin de vie, favorisent la survenue d'infections urinaires.

Une rétention urinaire peut apparaître et la mise en place d'une sonde à demeure peut dans ce cas là améliorer le confort du sujet âgé malade en fin de vie.

III- Les soins à donner à une personne âgée en fin de vie :

La lutte contre la douleur est une priorité essentielle mais d'autres besoins sont à évaluer et à satisfaire pour le confort de la personne âgée en fin de vie.

.1. Soins d'hygiène et de mobilisation :

Les soins d'hygiène méticuleux contribuent au confort du malade.

La toilette, la coiffure et le rasage doivent être étalés dans le temps en cas d'épuisement physique du sujet âgé.

La mise au fauteuil est effectuée systématiquement tant que celle-ci est confortable.

Les mobilisations quotidiennes réalisées par les soignants évitent les attitudes vicieuses.

La prévention d'escarres par changements de position réguliers sera poursuivie jusqu'au bout.

Les soins d'hygiène sont l'occasion de contacts, de communication avec la personne âgée en fin de vie. Il faut en profiter pour échanger des mots, des regards, tenir la main.

L'attitude du soignant doit encourager cette personne à s'exprimer.

2. Les soins de bouche :

Une bouche propre et bien hydratée permet une parole et une déglutition plus faciles. Avec le vieillissement, les atteintes buccales sont fréquentes en raison de la réduction des sécrétions salivaires, des effets secondaires des médicaments, du port de prothèses non adaptées et mal entretenues, d'une respiration par la bouche et des mycoses.

Un nettoyage avec des compresses imbibées d'eau bicarbonatée (bicarbonate 1,4%) est préconisé toutes les 4 heures.

Une mycose ou des ulcérations douloureuses fera l'objet d'une prescription médicamenteuse.

.3. Hydratation alimentation :

Afin de maintenir le plaisir du goût et de la convivialité liée aux repas, l'alimentation et l'hydratation orale reste à privilégier.

Les patients peuvent boire et manger si les soins de bouche sont assurés aux besoins du malade.

.3.1. L'hydratation :

L'apport de boissons chaudes et/ou froides est proposé à heures régulières par les soignants. Le malade en fin de vie avale de petites quantités de liquide et parfois la pulvérisation par spray peut suffire.

Le soignant prend soin de rechercher les habitudes et les goûts de la personne âgée. Lorsque la voie orale n'est pas possible ou jugée insuffisante, l'hydratation par voie sous cutanée (hypo-dermolyse) peut être prescrite en raison de son innocuité et de sa facilité de surveillance.

.3.2. L'alimentation :

L'objectif de l'alimentation, chez une personne âgée en fin de vie, n'est pas de rétablir un statut nutritionnel normal, mais seulement assurer le confort du malade.

Les apports sont fréquentés dans la journée et les aliments préférés seront favorisés.

L'alimentation par la bouche doit être conservée le plus longtemps possible. Des collations avec des boissons enrichies en protéines seront proposées.

IV- La communication avec le sujet âgé et son accompagnement en fin de vie :

1. Communication avec le malade âgé :

La communication est l'expression même de la vie. Communiquer, c'est transmettre et/ou recevoir un message.

Nous communiquons tous, tant bien que mal, à longueur de temps!

Se faire comprendre à l'autre, l'accompagner dans son chemin vers l'autonomie n'est facile.

Les personnes âgées ne s'expriment pas toujours par la parole et les mots.

Ne pas prendre en compte, la signification d'un comportement, le méconnaître peut avoir des conséquences graves.

Le soin infirmier sera adapté, évolutif et efficace s'il est basé sur la réciprocité des échanges entre la personne âgée, la famille et le soignant.

1.1. Le message et son devenir :

Celui qui transmet le message est l'émetteur. Le destinataire est le récepteur. On est toujours en position d'émetteur ou de récepteur par rapport à l'autre.

Mais tout message par la parole ou l'écrit est un message que le destinataire devra déchiffrer.

Une personne malade doit coder plus ou moins bien une sensation physique pour exprimer son malaise. Le médecin doit en assurer le décodage pour faire son diagnostic.

Le code comprend un ensemble de signes : gestes, mimiques, messages écrits ou dessinés, paroles, mot dont la signification est normalement commune à l'émetteur et au récepteur.

Mais cela n'est pas aussi simple.

Ces signes sont véhiculés par des canaux : écriture, papier, ondes sonores, flux de circulation, etc., et reçu par un organe destinataire : antenne, oreille, œil, peau, etc.

Les difficultés commencent à ce moment là :

- Le codage : les mots ont-ils le même sens pour chacun des interlocuteurs ? Chaque mot a une résonance affective et intellectuelle ;
- Les différences de milieu des deux interlocuteurs et le groupe d'appartenance et d'origine, de leur cadre de référence ;
- Le filtrage du message, diffère en fonction de la personnalité de chacun ;
- Le blocage éventuel de la transmission : surdité, mauvaise vision, parasites…

La recherche de ce qui peut réduire les divergences et faciliter la communication est nécessaire pour parvenir au dialogue.

1.2. Facteurs de réussite de la communication avec la personne âgée :

1.2.1. Le contrat de soin :

L'adhésion de la personne âgée pour tous les actes de la vie quotidienne est quelque chose qui se vit au quotidien et qui n'est pas toujours évidente à obtenir. Les qualités rationnelles du soignant sont à ce moment là mises en évidence.

.1.2.2. Favoriser les interactions :

Les codes rationnels autres que ceux de la communication verbale sont observés et pris en considération, en particulier le langage du corps.

C'est utiliser la formation positive (vous êtes capable de…) la relance (qu'en pensez-vous ?) ce que l'on favorise c'est l'expression du ressenti de la personne âgée.

1.2.3. La prise en compte de l'histoire de chacun :

C'est donné de la valeur à la vie de chaque individu.

La vie du sujet âgé est unique et cela se traduit, par son histoire de vie, c'est-à-dire son parcours avec ses souffrances, ses peurs et ses joies.

1.2.4. La valorisation de la personne :

C'est le respect de la personne, c'est aussi l'encourager dans les actes de la vie quotidienne.

.1.2.5. La signification de l'identité :

Ce qui différencient un sujet de l'autre, son nom, prénom ; et son histoire personnelle.

C'est aussi le comportement de la personne dans l'environnement où il vit.

.1.2.6. Le projet de vie :

Il correspond à l'étude des demandes et des attentes du sujet âgé.

Ce projet de vie s'inscrit dans le fait que la vieillesse est une étape de la vie et non pas nécessairement l'anti-chambre de la mort.

.1.3. Technique d'entretien avec les sujets âgés déments :

Le principe de base est que le patient reste un interlocuteur quels que soient les symptômes qu'il présente.

L'auteur définit six principes dans la conduite d'entretien :

- Manifester concrètement que nous reconnaissons à l'intéressé la qualité d'interlocuteur, malgré le handicap du sujet âgé, quelle que soit la forme d'expression employée le malade a quelque chose de sensé à exprimer.
- La connotative positive :
  - L'aspect positif est à souligner, quelle que soit la situation ou la présentation de l'interlocuteur ;
  - Etre aimable, courtois, ne pas hésiter à complimenter le sujet âgé (renacissisation maximale) ;
  - Il faut mener la personne âgée à trouver du confort à communiquer par une communication gratifiante.
- Le maintien d'un jeu »Feed-back »de qualité :
  - Le contact établi doit être maintenu de façon permanente ;
  - Le regard du soignant doit être continu et doit soutenir l'attention ;
  - Le contact corporel est parfois nécessaire pour communiquer (des messages de sympathie et soutien et création d'une relation chaleureuse).
- Le prêt des mots :

Afin d’obtenir des réponses verbales cohérentes de l’interlocuteur, il faut proposer deux alternatives de réponses simples.

Le croissement des questions, sans qu’il soit une mise en doute des propos, permet de vérifier la fiabilité des réponses.

- Le recours au méta communication :

Ce sont les échanges de vue sur ce qui se passe entre le patient et son entourage. On peut avoir recours à des propos comme suit : « est-ce que vous êtes fatigué, ou est-ce que vous ne trouvez pas les mots pour répondre ? Est-ce que je vous ennuie ? Cette relation est très impliquant pour le malade et le professionnel de santé.

- L’absence de sujet tabou :

L’auteur insiste sur le fait que le dialogue doit être centré sur des propos simples, clairs et chaleureux, la capacité d’aborder tous les sujets sans restriction sans pour autant forcer les choses non plus.

Les conditions, le contenu et les limites du dialogue doivent être clairement définis pour mettre en œuvre ce type de technique et communication.

.2. L’accompagnement :

Quand l’état de la personne s’aggrave et la fin de la vie approche, les soins restent alors dans la continuité de ceux commencés bien avant cet état.
Il n’y na pas de transition brutale entre la prise en charge curative et la prise en charge palliative. Mais une adaptation progressive des soins en fonction de l’évolution de l’état de santé de la personne.

Une réflexion doit être menée en équipe interdisciplinaire pour envisager cette adaptation respectant les différents éléments suivants :

- La maladie du sujet âgé ;
- Son évolution ;
- Sa curabilité ;
- Les maladies intercurrentes surajoutées ;
- La répétition éventuelle d’épisodes aigues ;
- Le désir exprimé par la personne âgée verbalement ou à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ;
- L’avis de ses proches ;
- L’avis des soignants qui le côtoient le plus souvent.

Chaque malade étant un être unique et complexe. Il n’existe pas de réponse toute faite pour l’ensemble des malades.
Ce n’est qu’en prenant le temps de se réunir en équipe interdisciplinaire et de réfléchir régulièrement à la prise en charge de la personne âgée que l’on peut adapter les soins et la conduite les plus adaptés.

3. Accompagnement du sujet âgé en fin de vie et la communication :

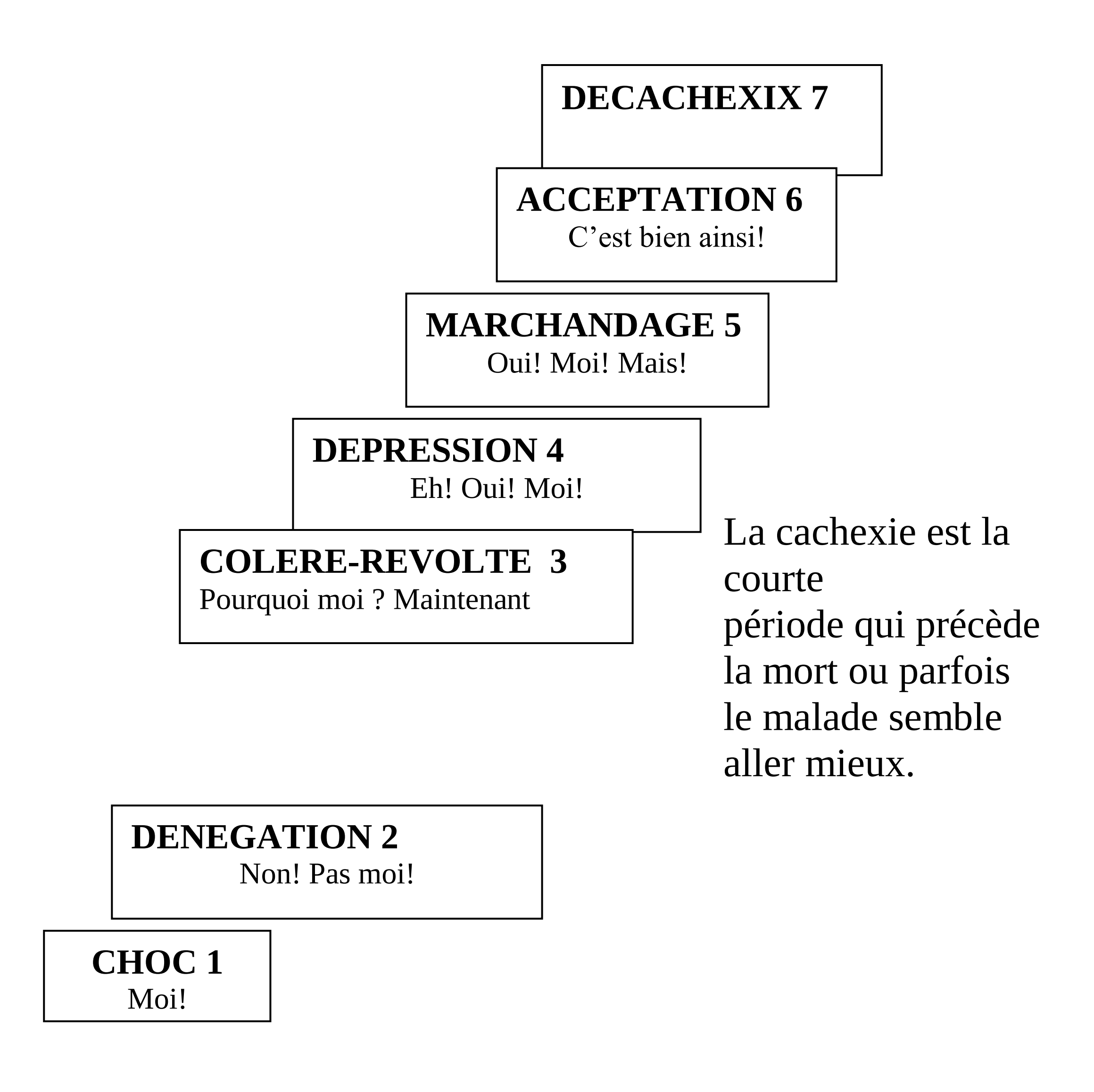
Cheminer avec celui en fin de vie, fait ressentir de manière implicite combien des moments sont propices à la relation verbale, d’autres au calme et au silence.
En particulier, un silence chaleureux où le toucher à une place primordiale.
Le plus difficile pour l’infirmier (e) est de décoder les besoins de la personne âgée en fin de vie.

La relation soignant-soigné ne peut s’établir que dans un climat de confiance réciproque. La relation par le toucher est une relation qui permet à la personne âgée de sentir qu’elle existe encore aux yeux de l’autre.

Le toucher qui fait partie intégrante des soins nécessite une bonne connaissance du sujet âgé et de ses références culturelles, afin que ce contact physique ne soit pas perçu comme une atteinte de sa personnalité et son intimité.
Les différents stades que traverse la personne en fin de vie sont décrits par Elisabeth Kübler-Ross et citée par B.WALTER.

Sept étapes sont relatées par l’auteur et sont reprises dans le schéma ci-après :

ESPOIRE



Conscience de l'inévitable issue	Temps	Mort de la maladie

Source : B. Walter, 1991 qui reprend les 7 stades de l'agonie ou étapes psychologiques citées par Elisabeth Kübler-Ross.

Le soignant avec la connaissance qu'il a de la personne en fin de vie (personnalité, besoins spirituels, propres réactions face au mourant et à sa famille) pourra adopter un soutien adapté.

Les besoins des sujets âgés sont souvent simples à comprendre :

- Un besoin de sécurité : avoir confiance en le personnel présent qui répond aux demandes d'informations ;

- Un besoin d'être compris, aimé, accepté ;
- Un besoin d'être respecté, estimé, malgré les dépendances liées à la maladie, l'handicap.

La réponse à ces besoins passe par la compétence, s'exprime par l'écoute qui demande du temps.
Le plus difficile pour le soignant est souvent de communiquer avec le patient qui présente des troubles cognitifs.

.4. <u>Le soutien psychologique du sujet âgée en fin de vie et de sa famille :</u>

La personne âgée apparaît relativement sereine, acceptant la mort avec une certaine résignation. Contrairement au sujet jeune, le sujet âgé mourant peut éprouver le sentiment d'une vie bien remplie. Nous pouvons aider le mourant en l'encourageant à évoquer sa vie.
Accompagner, c'est être là, c'est être disponible.
Le malade demande l'écoute, être entendu mais ne demande pas forcément des réponses.
Une présence apaisante de la part du soignant est à privilégier.
Le soignant ressent parfois une difficulté face au silence du mourant. Il faut donc apprendre à respecter ces silences, à communiquer sans les mots mais par le toucher.
Chez le malade dément, la communication par le toucher et les massages sont à développer.

Le réconfort de la famille est indissociable de d'accompagnement de la personne en fin de vie.
Faciliter le dialogue, expliquer, réconforter font partie du rôle de l'infirmier.
La famille est très souvent confrontée à sa propre angoisse de la mort.
Certaines familles demandent d'être accompagnées par un soignant dans la chambre de leur parent.
Les soignants doivent montrer les gestes qu'ils peuvent encore faire pour contribuer au confort de leur parent et de leur expliquer les moyens de communiquer.

4.1 L’infirmier au prés du malade âgé :

- La relation soignante-soignée est fondamentale. Cette relation est centrée sur la dignité de ces malades âgés ;
- Parler, expliquer à la personne âgée ce que l’on fait, quel que soit sont état ;
- Etre à son écoute et lui faire percevoir que l’on a bien compris ses messages ;
- Manier la relation avec tact et discrétion, afin d’atténuer la difficulté à vivre induite par la dépendance ;
- L’accompagnement du malade en fin de vie est une relation intense et difficile. Le soignant doit pouvoir exprimer ses difficultés éventuelles avec d’autres membres de l’équipe soignante.

En fin de vie, les processus d’adaptation sont mis à contribution de manière intense chez le mourant, la vie psychique est très dense. De nombreux mécanismes de défense sont mis en jeu : le déni, la dénégation, le clivage du moi, la régression, la sublimation…Ils permettent à la personne de faire face à une situation insoutenable pour elle. Les mécanismes de défense ne sont pas stables, ils sont nécessaires à la personne pour lutter contre l’angoisse ou la supprimer.
Les émotions sont des réponses d’adaptation de forte intensité.

La tristesse :

- L'infirmier (e) peut se rendre disponible pour assurer des visites régulières auprès de la personne âgée au cours de la journée;
- Eviter les discours qui nient la souffrance;
- Expliquer si besoin la normalité de ses réactions;
- Permettre les échanges avec les proches;
- Expliquer à l a famille, ce que vit la personne âgée.

La colère :

- L'infirmière peut permettre l'expression de la colère;
- Repérer les situations où la colère se manifeste et en discuter avec la personne ;
- Quand la colère est dirigée vers une personne, l'entendre et saisir son importance sans porter de jugement;
- Si la demande d'une réconciliation naît, la valoriser;
- Garder son calme face à des manifestations de colère;
- Permettre à la personne de rester autonome dans les prises de décision.

La honte:

L'infirmière maintiendra le sentiment de dignité de la personne. Il doit:

- Eviter les situations pouvant engendrer la honte;
- Prévoir les soins à l'avance et en discuter avec la personne âgée;
- Se montrer discret dans les situations où la personne a besoin d'intimité;
- Permettre à la personne d'exprimer ce qui la gêne;
- Assurer la personne de sa valeur

La peur:

L'infirmier(e) doit créer une ambiance calme et sécurisante.

- Permettre, comprendre les réactions de peur;
- Créer un climat rassurant;
- Proposer des moyens de détente : massage, relaxation;
- Aider la personne à trouver ce qui l'aide à apaiser son inquiétude : le maintien des liens avec les proches, les soins de plaie qui sont la cause des mauvaises odeurs.

Le sentiment d’impuissance :

Il naît d’une absence de maîtrise sur les événements vécus par la personne.

L’infirmier (e) peut :

- L’aider à exprimer ses doutes ;
- Identifier avec la personne la situation génératrice de souffrance et sur quoi il est possible d’agir ;
- Vérifier que la personne possède les informations nécessaires à la compréhension de son état de santé ;
- Favoriser les liens avec les proches ;
- Expliquer à la famille la perception de la situation ;
- Proposer à la personne âgée le soutien d’un psychologue

La détresse spirituelle :

Découvrir que la vie touche à sa fin, peut susciter chez le sujet âgé le désir d'évoquer les choses importantes, de reconsidérer ce qui a de la valeur.
Cela peut aussi susciter un sentiment d'impuissance, d'amertume et de révolte devant ce qui arrive, aux souvenirs d'événements antérieurs.
Prendre en compte les besoins spirituels, pour l'infirmier (e), c'est :

- Aider à restaurer un sentiment d'appartenance à une famille religieuse etc. ;
- Aider à restaurer en l'autre la force de ses croyances, les valeurs qui lui sont importantes ;
- Ecouter le bilan de vie, dénouer et apaiser les blessures ;
- Respecter la culture religieuse. La religion et les rites religieux sont pour le malade et sa famille l'expression de leur désarroi ou de leur espérance ;
- Pour l'infirmier (e) c'est établir une relation avec les représentants des différents cultes et respecter les croyances religieuses en restant dans la neutralité.

4.2 L'infirmier auprès de la famille

Le but des interventions infirmières est d'aider la famille à gérer leurs sentiments, à prendre des décisions difficiles, à comprendre leurs attitudes et éventuellement les aider à faire autrement.
Le soutien de l'entourage est fondamental pour le malade en fin de vie.
L'infirmier (e) doit être attentif à la situation que vivent les proches. Il doit comprendre leurs difficultés et les aider à mieux les appréhender.

L'information et les renseignements sur l'état de santé du malade, les soins et les traitements seront donnés par le soignant dans un vocabulaire adapté et accessible régulièrement, la reformulation permet de s'assurer de la bonne compréhension.
La situation est clarifiée pour apaiser d'éventuelles tensions et renforcer les liens existants.
Le soutien, l'aide et l'encouragement auprès des proches consiste à les aider à trouver les gestes ou les moyens pour mieux communiquer avec les personnes âgées.

Unité V : Travail interdisciplinaire

<u>Travail interdisciplinaire</u>

<u>Objectifs d'apprentissage :</u>

- Définir les notions de pluridisciplinaire, interdisciplinaire ;
- Contribuer au sein de l'équipe interdisciplinaire à la prise en charge de la personne âgée et sa famille.
- Œuvrer pour un esprit de collaboration pour l'atteinte d'objectif commun en équipe interdisciplinaire.

I- L'interdisciplinarité et/ou travail de pluridisciplinaire :

1.1. Définition :

Le travail en équipe interdisciplinaire intègre la notion de compétences différentes.

C'est la synergie des contributions disciplinaires. Chaque membre de l'équipe avec sa compétence propre contribue à un objectif commun.

Inversement le travail pluridisciplinaire est une juxtaposition de compétences différentes.

C'est-à-dire la somme des contributions de chaque discipline sans une mise en commun. De ce modèle les professionnels décident unilatéralement de ce qui convient au malade.

1.2. Qu'est ce qui justifie l'interdisciplinarité en gériatrie ?

Plusieurs éléments déterminent cette approche :

L'approche globale, c'est-à-dire un modèle centré sur la personne et déterminée par :

Les interactions des trois dimensions : physiologique, physique et sociale, la complexité des syndromes, la poly-pathologie et la nécessité d'une évaluation globale (biopsychosociale, degré d'adaptabilité familiale, environnement…)

Depuis une bonne vingtaine d'années, les professionnels ont une prise de conscience de la complexité des problèmes de santé en gériatrie et de la nécessité de l'approche multidimensionnelle.

L'évaluation met en évidence les différentes capacités du sujet âgé mais aussi ses limites. Le travail interdisciplinaire est au service de la personne âgée lorsqu'il répond à ses besoins dans le respect de ses valeurs et de ses croyances.

1.3. Les avantages pour le sujet âgé :

L'équipe interdisciplinaire doit respecter et défendre les droits et besoins de la personne âgée qui a son mot à dire. Elle doit s'interroger sur les répercutions de ses actions sur cette personne et son entourage.

1.4. Responsabilité des professionnels et complémentarité du travail :

Le rôle de chacun est clairement défini. L'ambiguïté des rôles constitue une source de conflits au sein de l'équipe. Les compétences et les expériences de chacun doivent être reconnues.

La répartition des rôles n'est pas facile, les soignants doivent se percevoir comme une aide utile. La complémentarité du travail par le fait d'apprendre à se reconnaître et à se faire confiance. Il s'agit de créer un esprit de collaboration et une volonté d'attendre des objectifs communs.

Pour cela, chaque membre de l'équipe apporte ses compétences respectives à la résolution d'un problème. Cela implique aussi que les zones de chevauchement sont explorées et que le rôle de chacun est renégocié.

1.5. Fonctionnement du travail inter disciplinaire :

Il est nécessaire de former à apprendre le travail en équipe interdisciplinaire. Une organisation du travail favorable interdisciplinarité sera créée.

Cette organisation favorisera la prise de décision en équipe et le projet de service sera élaboré avec l'ensemble de l'équipe.

1.6. La communication entre les membres :

Les conditions qui améliorent le fonctionnement interdisciplinaire sont de plusieurs ordres :

- L'échange d'idées ;
- La mise en commun des connaissances ;
- Le partage des responsabilités ;
- L'expression des aspirations et des désaccords ;
- La franchise et la critique instructive ;
- La considération des différences et des divergences.

Mais cela veut dire que des qualités sont nécessaires pour coopérer avec les autres :

- Savoir écouter ;
- Faire son autocritique ;
- Accepter la critique ;
- Faire preuve d'empathie ;
- Reconnaître la contribution des autres ;
- Etre solidaire ;
- Etre ouvert au changement.

L'équipe doit développer une maturité et une complicité suffisante pour que ses membres puissent partager, s'adapter, écouter, exprimer leurs sentiments, leurs idées et leurs différences.

1.7. Déroulement des réunions interdisciplinaires :

La fréquence et la durée des réunions varient selon les types de soins, l'urgence de la situation, les problèmes particuliers, les décisions difficiles.
Il est important de relever les résultats positifs d'une démarche d'équipe.
Il faut aussi encourager la poursuite des efforts de la personne âgée et ceux des intervenants.

Au cours des réunions interdisciplinaires, le débat sera recentré sur la personne âgée et ses proches .
Se poser des questions qui écartent l'intérêt personnel (ex : en quoi l'opinion émise respecte-t-elle le point de vue de la personne âgée ? En quoi votre discussion est-elle pertinente au problème qui nous occupe ?

2- Les pratiques déviantes :

2.1. La violence :

2.1.1. Définition de la violence :

« La violence se caractérise par tout acte ou omission portant atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou physique ou à la liberté, ou compromet gravement le développement de la personnalité et/ou nuit à la sécurité financière »
Le travail en interdisciplinaire est un mode de fonctionnement qui doit protéger la personne âgée de négligence et de la maltraitance par les intervenants.

2.1.2. Classification internationale de la violence :

La classification de la violence, de la négligence est définie en six points suivants :

- **Violences physiques :** coups, sévices corporels, violences sexuelles, entrave à la liberté de mouvement et ligotage, coups et blessures volontaires entraînant la mort ;

- **Violences psychologiques :** violences verbales et injures, menaces de violence et isolement, chantage, comportements propres à inspirer un sentiment d'insécurité et de désespoir et à amener une personne à se laisser aller etc. ;

- **Exploitation, abus matériels :** exploitation financière, vol ou détournement d'argent, vol ou usage d'une procuration au préjudice de la personne ;

- **Violation des droits :** violation de des droits garantis à tous les citoyens par la légalisation nationale ;

- **Abandon, négligence active :** indifférence, abandon d'une personne vulnérable, manquement à une obligation ou rupture d'un contrat causant un préjudice ;

- **Négligence passive :** négligences sans intension de nuire se traduisant néanmoins par un préjudice matériel ou moral.

2.2. L a contention physique de la personne âgée :

Cette pratique est ancienne. L'agence Nationale pour Accréditation et Evaluation en Santé (ANAES) en France, a publié en 2000 des recommandations pour limiter les risques de la contention physique de la personne âgée.

2.2.1. L'éthique de la contention physique passive :

Les recommandations, ci-après, véhiculent aux professionnels de santé les principes à respecter et qui les aideront à mieux réfléchir sur les conséquences de la contention physique de la personne âgée non consentie.

Apparemment, il existe toujours de bonnes raisons pour attacher un malade :

- Craintes de chutes, mais les malades attachés chutent beaucoup plus ;
- Agitation ;
- Déambulation ;
- Risque de fugues ;
- Pour empêcher un appui interdit ;
- Pour éviter d'arracher une sonde, une perfusion.

La décision d'une contention physique passive chez un sujet âgé qui ne peut coopérer ou même consentir est une décision grave. Les raisons doivent être majeures, une analyse du rapport bénéfices/risques est clairement énoncé et écrit dans le dossier médical. Il faut que la décision de la contention ait un objectif précis et celle-ci sera levée lorsque l'objectif sera atteint.

2.2.2. Les principes :

- La décision pour une contention physique doit être prise en équipe. Cela implique de connaître les observations et les avis de tous les intervenants auprès du malade et de sa famille. Le médecin prendra la décision en connaissance de cause, après avoir évalué le bénéfice/risque pour le sujet âgé.
- La décision doit figurer dans le dossier médical et si possible documentée par un argumentaire.
- Toute décision de la contention physique passive est temporaire. Le rythme de renouvellement de la prescription doit être prévu.
- Les moyens d'attachage sont précisés ainsi que son mode d'utilisation.
- Le malade doit être informé et son consentement oral recueilli et enregistré lorsqu'il est lucide.
- Les raisons de la contention sont présentées au malade non lucide et la famille doit être informée et la décision expliquée.
- Le suivi de la contention est organisé. Le suivi veille à la qualité de la vie et à la qualité des soins.

2.3. Réflexion éthique sur le soin aux personnes âgées et leurs familles :

Le respect dû à la personne âgée doit guider en permanence les soignants dans les actes de la vie quotidienne pour lui préserver la dignité humaine dans plusieurs domaines :

- Respect physique.
- Respect de sa personnalité et de son intensité.
- Respect de sa volonté.
- Respect de ses convictions.
- Respect des dernières volontés d'une personne âgée.
- Le soutien que l'on apporte aux familles qui sont souvent démunies face à un père ou une mère qu'ils ne reconnaissent plus.

3. Planification des soins :

La planification des soins consiste de la part de l'infirmier à fixer des objectifs de soins et des délais pour les attendre, à décider et programmer des actes infirmiers, pour un malade âgé, selon l'approche décrite dans l'unité « conceptualisation et planification des soins infirmiers ».

Ce module centré sur la personne âgée doit s'articuler avec les autres modules d'enseignement en soins infirmiers. Les liens sont à établir par les étudiants avec l'aide des enseignants.

Conclusion

La relation avec la personne âgée est parfois difficile à établir, en particulier dans les états démentiels avancés. Les futurs infirmiers doivent être formés aux différentes techniques de relation d'aide et aux outils de communications pour comprendre et répondre à la demande des personnes âgées.

Cependant, l'approche interdisciplinaire est fondamentale dans la prise en charge du sujet âgé. La complexité des problèmes médicaux, psychologiques, sociaux et familiaux demande l'intervention de plusieurs compétences professionnelles.

- De ce travail en équipe dépend l'atteinte des objectifs communs pour répondre à la demande en soins de la personne âgée et de sa famille.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

L'œil :

▪ **Les paupières :** les modifications du tissu cutané (perte d'élasticité, atrophie cutanée…) vont entraîner :

- **Une entropion :** c'est une bascule à l'intérieur du bord libre inférieur de la paupière provoquant le flottement des cils contre la cornée d'où une irritation cornéenne permanente avec douleur.
- **Une ectropion :** elle correspond à une bascule en avant du bord inférieur de la paupière par relâchement des tissus palpébrales, elle en résulte une irritation des tissus palpébrales inférieurs controversés et larmoiement par perte du point lacrymal inférieur et le nez.
- **Un blépharo-chloris :** c'est un pli recouvrant la marge palpébrale et pourrant obturer la fonte palpébrale.

▪ **L'orbite :** la graisse qui tapisse l'orbite de l'œil diminue donnant l'impression que les yeux sont enfoncés. C'est ce qu'on appelle un enophtalmie, qui peut s'accompagner d'une ptôsis (la descente de la paupière supérieure)

▪ **Les glandes lacrymales :** qui s'atrophient progressivement en traînant une sécheresse naturelle des yeux d'où un picotement et brûlures. Le traitement : l'application des larmes artificielles.

▪ **Les conjonctives :** il y a une dégénérescence des fibres élastiques ce qui donne des maladies fréquentes.

▪ **La cornée :** l'arc sénile : Gérontoxon, il atteint 100% les sujets âgés supérieurs à 60 ans, il s'agit d'un dépôt lipidique sur la cornée : la transparence diminue et par la suite, on assiste à un astigmatisme.

- **L'iris à la pupille :** Rétrécissement du diamètre pupillaire ou myosis, qui diminue la quantité de la lumière qui parvient à l'œil.
- **Cristallin :** c'est une lentille qui se situe entre l'iris en avant et le corps vitrée en arrière subit d'une importance modification touchant les 3 propriétés principales nécessaires la vision, l'élasticité, la focalisation et la transparence. Vers 45 ans, apparaît une perte progressive de l'élasticité du cristallin responsable de la diminution puis la perte de l'accommodation vers 60 ans (gêne de voire de près) presbytie se corrige par le port de lunettes convexes.
  - Modification de la perception des couleurs.
  - Jaunissement du cristallin, le cristallin a tendance d'opacifier avec l'âge ce qui entraîne une baisse progressive de l'acuité visuelle, on parle de cataracte sénile.

Question : Que voit une personne atteinte de cataracte ?
Au début un brouillard visuel modéré et diminution de vision de couleurs. Eblouissement de la lumière vive et baisse progressive de l'acuité visuelle. Au dernier stade, c'est une cécité totale.

- **La rétine :** des lésions dégénératives (augmentation relative du soutien par rapport aux tissus nobles) bâtonnets et cônes. Sclérose des vaisseaux de la rétine avec les conséquences suivantes :

Dégénérescence maculaire, cause fréquente de la diminution de l'acuité visuelle permanente, elle peut être bilatérale.

A l'examen, on note la présence néovaisseaux détruisants.

La nature maculaire par une diminution de l'acuité visuelle corticale et par des métamorphoses (déformation de l'image).

Question : Que voient les personnes de dégénérescence maculaire ?

Au début, un flou visuel : les objets sont déformés, les lignes droites sont ondulées ou brisées, ceci entraîne peu à peu une incapacité de la vue, voire même de regarder la télévision.

Au stade avancé, absence de la vision centrale, mais la vision périphérique reste suffisante pour se déplacer et s'occuper des soi même.

Le traitement au laser peut être utile pur détruire les néovaisseaux.

Le décollement de la rétine se traduit par des éclaires lumineuses et perte progressive de l'acuité visuelle.

- **L'oreille :**
  - **Modifications morphologiques :**
    - **Au niveau de l'oreille externe :** on trouve une diminution du cérumen, épaississement et sclérose du tympan.

- **Au niveau de l'oreille interne :** perte des propriétés contractiles des cellules ciliaires externes, dégénérescence des cellules sensorielles et enfin une altération des structures de soutien.
- **Au niveau des voies et centres nerveux d'audition :** il y a atrophie du nerf auditif.

▪ **Troubles fonctionnels :**

- **Bresby – acousie :** c'est le 1er handicap des sujets de 60 ans et plus, peut être décelé dès l'âge de 30 ans sur les audiogrammes, mais peut être non gênante jusqu'à 50 ans à 60 ans.

C'est un déficit de perception irréversible en rapport avec le vieillissement de l'oreille interne.

Elle est bilatérale, systématique et plus fréquente. La bresby-acousie est caractérisée par :

- Une atteinte de la perception des sons aigus (hautes fréquences).
- Une gêne dans les bruits, difficulté à comprendre les paroles en milieu bruyant). Cette état va avoir des répercutions sociales et psychiques avec isolement progressif des sujets âgés.

- **Les fosses nasales :**

Avec l'âge, on observe une atrophie des organes olfactifs, une augmentation du nombre de poils dans les narines, une diminution de secrétions des muqueuses rhinopharyngées :

▪ **Baisse de l'olfaction :** (l'odorat) un retard à détecter, un plat qui brûle ou l'odeur de la frime peut menacer la sécurité de la personne âgée.

▪ **L'épistaxis :** la rupture de branche de l'artère sphéno-palatine, chez l'hypertendu ou lors d'un traitement d'anticoagulants.

▪ **Sensation d'obstruction nasale :** du à la sécheresse du muqueuse pharyngée (on peut utiliser une pommade lubrifiante ou un gargarisme à l'eau salée, des inhalations).

- **La bouche :**

Les modifications morphologiques au niveau de la bouche concernent :

▪ **Les papilles gustatives :** diminution du nombre, atrophie et diminution des récepteurs du goût.

▪ **Les glandes salivaires :** atrophie, sclérose et calcification avec diminution de sécrétions de la salive, parfois de qualité médiocre (appauvrissement en substance tampon, en amylase) et surtout les I G.

▪ **Le pH buccal :** pH acide = muguet, carie dentaire.

- **Les dents :** la prothèse dentaire permet de continuer à se nourrir et protéger l'esthétique, mais il y a un problème d'adaptation à la prothèse et le niveau social.
- **Les troubles fonctionnels :**
  - **Trouble du sens gustatif :** l'hypoagosie avec diminution du seuil de perception de la saveur salée et sucrée.
  - **Sécheresse buccale :** aggravée par le traitement hypertenseur, les neuroleptiques, les antidépresseurs…
  - **La sécheresse buccale :** (hypocalie) associée à l'acidité va favoriser des candidoses.

Le traitement consiste à éviter si c'est possible ce genre de médicaments et prescrire de la salive artificielle.

  - **La dysphagie :** détérioration de la fonction de la déglutition en dehors de troubles pathologiques : fausse route au cours de l'alimentation.

- **Le toucher :**

Modification du système vasculaire et neurologique diminution du nombre et atrophie des terminaisons nerveuses retentissent sur la perception de la température et la pression.

- **Modification anatomique :**
  - Rigidité de la paroi thoracique.
  - Calcification du cartilage des côtes.
  - Dilatation rigidité des bronches (DDB).
  - Diminution de la surface alvéolaire.
  - Le parenchyme pulmonaire conserve globalement son architecture, mais il y a une diminution des alvéoles et la surface alvéolaire par rétraction de certains alvéoles, on perd 27m2/dec.
  - La mobilité des cils vibratiles diminue d'où l'inefficacité de la toux du fait de la rigidité thoracique ce qui favorise l'infection pulmonaire.

- **Vieillissement de la fonction respiratoire :**
- **Capacité pulmonaire totale :**

C'est le volume d'air contenu dans les poumons après un effort inspiratoire maximale (il ne varie pas avec l'âge).

- **Le volume résiduel (VR) :**

La normale = 1,5 L. c'est le volume de gaz restant dans les poumons après une expiration profonde, il dépend de la force des muscles expiratoires ; il augmente de 7 et 22 ml/an.

- **La capacité vitale = 3,5 L :**

C'est le volume du gaz expiré lors d'une expiration forcée.
CV + CPT – VR.

- **La capacité résiduelle fonctionnelle (CRF) :**

C'est le volume du gaz présent dans les poumons à la fin d'une expiration normale.

- **Le volume d'expiration maximum/s :**

C'est le volume maximum expiré par seconde.

- **Variation des échanges gazeux :**

La pression artérielle en oxygène diminue progressivement avec l'âge. L'hypoxie est liée à à la perte de la surface alvéolaire et la modification de la cage thoracique.

Cette hypercapnie augmente aussi en cas de mauvaise ventilation (obésité, tabagisme, bronchite chronique…).

NB/ les entraînements physique améliorent nettement la capacité respiratoire chez les âgés.

Il faut toujours penser à la vaccination antigrippale.

- **Effets du vieillissement sur l'appareil cardiovasculaire :**
  - **Modification du cœur :**

- Au niveau des oreillettes, on observe un trouble du rythme auriculaire.
- Au niveau des ventricules, on trouve une hypertrophie progressive du myocarde.
- Au niveau des myocytes, il y a une hypertrophie cellulaire avec diminution en nombre.
- Les tissus interstitiels il y a une augmentation du collagène, dépôt de la lipofecine ce qui entraîne une rigidité cardiaque.
- Au niveau des valves : une calcification des canaux mitrales aortiques ce qui entraîne une perte de la souplesse avec souffrance mitro – aortique.
- Au niveau des tissus nodales : le nœud sinusal, il y a une diminution en cellules, aussi il y a une diminution cellulaire au niveau des nœuds ventriculo-auriculaires.

  - **Détermination du débit cardiaque :**

Les variations du débit sont différentes à l'effort, au repos et dépendent de la fonction systolique et la fonction diastolique et du système nerveux autonome.

La fréquence cardiaque et le volume d'éjection systolique (VES) ne sont pas modifiés avec l'âge, il n'y a pas de modification du débit cardiaque au repos.

La fonction diastolique s'altère avec le vieillissement du fait de la perte d'élasticité (fibrose cardiaque) et d'une diminution de 50% de remplissage passif en raison d'une relaxation incomplète du fibre myocardique. Cette diminution est compensée par l'accélération du systolique auriculaire, ce qui fait que le débit cardiaque ne se modifie pas avec l'âge. A l'effort, il y a une tachycardie par mise en jeu du système nerveux autonome, le débit cardiaque augmente avec l'accélération de la fonction cardiaque.

Chez le sujet âgé, le fonctionnement du système nerveux autonome est altéré, l'accélération de la fonction cardiaque est réduite et non compensable.

- **Le vieillissement vasculaire :**

Il y a une modification des structures et des fonctionnements artériels.

L'HTA et les autres risques cardiovasculaires sont responsables de :

- **L'artériosclérose :** (rigidité des artères).
- **Les athéromes :** dépôt des lipides à l'intérieur des artères).
- **Le système veineux :** perd son élasticité d'où une dilatation avec stase veineuse entraînant des varices, embolie pulmonaire.

la personne âgée et de sa famille.